

Donde el viento llega cansado

Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí

Susana Ramírez Hita



Esta publicación forma parte del Proyecto editorial
de la Cooperación Italiana en la Región Andina

Donde el viento llega cansado
Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí

Susana Ramírez Hita

2da. edición: 2010

1º edición: 2005

© Susana Ramírez Hita

© Cooperación Italiana

© Embajada de Italia en Bolivia

© Fondazione Angelo Celli

Depósito Legal: 4-1-2616-10

ISBN: 978-99954-52-38-4

Diseño interiores y tapa: Percy Mendoza

Edición & producción: Editorial Gente Común
Teléfono: 2214493
editorialgentecomun@gmail.com

Impreso en La Paz, Bolivia, 2010

A Isaac, mi ahijado, por
quien tengo familia boliviana

A las mujeres quechuas de Potosí,
por su valentía

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin todos los que colaboraron para su realización.

Quiero agradecer en primer lugar a las dos instituciones que han apoyado esta investigación: la Cooperación Italiana y la Fundación Angello Celli.

Mi especial agradecimiento a Luca Citarella, quien me dio la oportunidad de escribir este libro y cuyos aportes ayudaron a enriquecerlo.

A todos los informantes que contribuyeron a esta investigación: al personal sanitario de los centros de atención primaria y a las madres de Potosí que me concedieron su tiempo y su amabilidad. Quiero agradecer en especial a la familia Quintanilla y a la familia Sánchez, quienes me hicieron compartir su mesa y mucho más.

A los kallawayas don Hugo Ticona y don Adelio Quispe que me enseñaron muchas cosas e hicieron valiosos aportes a este trabajo.

A los curanderos de Potosí que me proporcionaron valiosa información.

A los pastores evangélicos que me ayudaron a comprender la realidad local, mi gratitud especialmente a la pastora Margarita.

Mi agradecimiento por la ayuda desinteresada de Elizabeth Cortés, quien realizó las políticas sociosanitarias.

A Iris, Nieves y Danitza, quienes me ayudaron en la revisión de los datos referidos a atención primaria.

A Doña Marcela, por sus largas charlas.

A Daniela y Elio, por sus sugerencias, reflexiones y por mucho más.

A María y Joao que me acogieron en la última etapa de este libro.

A Ana y Ruth mi gratitud por el préstamo de sus equipos informáticos,
cuando se estropeó mi computadora.

A Carlos, como siempre, por la ayuda en todo el trabajo

Y a todas aquellas personas que hicieron agradable mi permanencia en
la ciudad de Potosí.

Contenido

Presentación	9
Prólogo a la segunda edición	13
Prólogo	17
Donde el viento llega cansado	21
CAPÍTULO 1: Los recursos del método	27
CAPÍTULO 2: Las políticas sociosanitarias en Bolivia	57
CAPÍTULO 3: La población de Potosí	71
CAPÍTULO 4: Hacia una epidemiología de la población quechua de Potosí	87
CAPÍTULO 5: El sistema de autoatención y el papel de la mujer	119
CAPÍTULO 6: La presencia del sistema médico religioso en Potosí ..	143
CAPÍTULO 7: Sistema médico tradicional	171
CAPÍTULO 8: Sistema biomédico	201
Consideraciones finales	233
Bibliografía	247
Anexo	261

Presentación

“La Cooperación Italiana en la Región Andina”

El proyecto editorial “*La Cooperación Italiana en la Región Andina*”, estudiado por la Oficina Regional de la Cooperación Italiana en La Paz en conjunto con la Embajada de Italia en Bolivia, identifica una nueva fase en el marco de los Programas de Cooperación que Italia viene desarrollando en la Región Andina desde hace más de veinte años. La iniciativa, pensada para otorgar la justa colocación y difusión a un conjunto de textos de indudable valor científico y cultural, también tiene, entre sus finalidades, la capitalización de los resultados de algunos proyectos ejecutados por la Cooperación Italiana y por las Organizaciones No Gubernamentales italianas en su consistente trayectoria de cooperación en los países de la subregión.

Desde hace más de veinte años, la Cooperación bilateral italiana está presente en el área andina con iniciativas de desarrollo en varios sectores y temas prioritarios. Se han ejecutados programas en el área de salud, de protección de los derechos de la infancia, de agricultura y desarrollo rural, de turismo, de gestión sostenible de los recursos hídricos y de protección del medio ambiente; y en las áreas de energía, desarrollo alternativo, emergencia y seguridad alimentaria; y de formación y educación, entre otros. En el mismo contexto, la Cooperación italiana ha desempeñado un rol importante a través del marco multilateral, también regional, así como en el área de la emergencia y de la Ayuda humanitaria. El importante esfuerzo de todos los actores de la Cooperación Italiana ha sido reconocido tanto por la pobla-

ción local como por las instancias gubernamentales y locales, muy involucradas en cada una de las iniciativas desarrolladas.

Esta línea editorial surge, en primer lugar, con el propósito de poner al alcance de un público todavía más amplio –sea éste académico, técnico o sencillamente interesado en conocer más de cerca el universo de la cooperación– una serie de obras caracterizadas por su nivel científico, técnico y educativo, ya largamente adoptadas en distintos contextos, sean universitarios, sean técnicos y operativos. A raíz de esto, la función divulgativo-informativa de varios de estos productos literarios de la Cooperación ha sido, tal vez, limitada a los operadores especializados de la cooperación técnica internacional. Respondiendo hoy a la necesidad de una más profunda difusión social de dichos productos se ha ideado la presente colección editorial al alcance de diferentes interlocutores y de un número mayor de destinatarios.

En segunda instancia, este proyecto editorial se dirige a la correcta difusión –en términos de visibilidad– de las mejores obras originadas en el marco de las recientes experiencias de Cooperación al desarrollo en la Región Andina. Cabe destacar, en este sentido, la mayor importancia asignada por parte de la Dirección General para la Cooperación al Desarrollo (DGCS) del Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia a los países andinos en lo que concierne a las actividades de Cooperación al desarrollo.

En tercer lugar, el proyecto editorial “*La Cooperación Italiana en la Región Andina*” abarca un horizonte amplio, incluyendo la publicación de obras inéditas, también del mundo académico o técnico-especializado, capaces de representar nuevas experiencias, modalidades y tipologías de Cooperación al desarrollo. El contexto geográfico de referencia para esta iniciativa de recuperación y divulgación editorial resulta ser, por ende, lo de los actuales territorios de Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, países de competencia de la Oficina Regional de la Cooperación italiana en La Paz. La colección incluye productos literarios en el marco de proyectos y estudios realizados en estos cuatro países prioritarios para las políticas de Cooperación al desarrollo del Gobierno de Italia.

El concepto de elaborar una colección que incluya algunos de entre los mejores textos producidos por los actores –gubernamentales y no gubernamentales– de la Cooperación Italiana brota de la reflexión conjunta entre la Oficina de Cooperación y la Embajada de Italia en La Paz, en el marco de la valorización del trabajo de los varios operadores italianos presentes en la subregión. La posibilidad de convertir en realidad ese concepto tiene origen en las nuevas

herramientas informativo-comunicativas instituidas por la DGCS por el trienio 2009-2011, con el objetivo de crear un ‘*Sistema Italia de la Cooperación*’, reconocible e identificable. De ahí que la Oficina de Cooperación en La Paz ha podido canalizar los recursos necesarios para activar la iniciativa editorial, en el marco de la Cooperación italiana a nivel internacional.

Esta Oficina, totalmente operativa desde mayo de 2008, existía ya desde la mitad de los años noventa, cuando se estableció en La Paz el punto de referencia para la Cooperación Italiana en la Región Andina. Aquella elección sigue siendo hoy muy significativa, puesto que Bolivia representa el lugar de coordinación de las operaciones en los cuatro países andinos y el centro de análisis, observación y evaluación de las estrategias regionales de la cooperación gubernamental italiana. La re-organización implementada en 2008 en la Oficina de La Paz se traduce hoy en la intensificación de las relaciones con los interlocutores locales, –instituciones, agencias de cooperación, organismos internacionales u organizaciones no gubernamentales– asegurando continuidad al fortalecimiento de la Cooperación Italiana en la Región y dando el seguimiento a las reflexiones formuladas en el encuentro de *Ciudad de Guatemala (4-5 Diciembre 2007)*, dónde se produjeron sólidos valores y líneas guía para el futuro.

En este contexto se sitúa el proyecto editorial “*La Cooperación Italiana en la Región Andina*”, que pone a la disposición de todos unos textos, investigaciones e informaciones elaborados en el marco de programas de cooperación evidenciando las mejores prácticas e insertándolas en una herramienta editorial que permita evaluar la replicabilidad de las intervenciones y de las metodologías elaboradas en diferentes contextos.

Todo lector encontrará motivos propios para acercarse a un sector, el de la Cooperación al desarrollo, que se ha convertido en una de las disciplinas fundamentales de las estrategias de ayuda a los países en desarrollo, asumiendo rasgos laborales y enfoques programáticos altamente profesionales y con fuerte significado político.

Por la realización de esta iniciativa se quiere expresar un agradecimiento especial a la Editorial Gente Común en La Paz, quien, gracias a un convenio dedicado, apoyará en difundir y capitalizar las obras técnicas de la Cooperación Italiana en la Región Andina.

También queremos agradecer a la Embajada de Italia en Bolivia en la persona del Embajador Silvio Mignano, en consideración de su precioso aporte intelectual a la iniciativa, su apoyo al trabajo de la Cooperación Italiana y su cercanía a los objetivos de desarrollo del país.

Un agradecimiento más va a la Oficina Regional de la Cooperación Italiana de La Paz, a su Director, Doménico Bruzzzone, y al personal técnico que ha contribuido, entre ellos, Lorenzo Leonelli, Paolo Gallizioli, Chiara Lenza, Rosangela Cossidente e Indira Elisabeth Caposiena, quienes han ejecutado las muchas tareas que permitieron realizar este trabajo editorial destacando calidad y empeño. En fin, este trabajo no hubiera sido posible sin la participación de todas las ONG y asociaciones que han apoyado la iniciativa, a las cuales se les agradece el haber proporcionado sus textos e investigaciones, contribuyendo a fortalecer el valor técnico y científico que requiere un proyecto editorial de esta naturaleza.

Ministro Elisabetta Belloni
Direttore Generale
Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
Ministero degli Affari Esteri - Roma

Prólogo a la segunda edición

Permítanseme algunas reflexiones sobre este texto que escribí hace casi 6 años, en un duro y largo trabajo de campo en la ciudad de Potosí, a la que he regresado en reiteradas ocasiones después del año que conviví con sus habitantes, en especial con las familias y las personas que me acogieron y me enseñaron el camino hacia el conocimiento de la cultura quechua, sus creencias, sus ceremonias rituales, la sabiduría de su medicina tradicional y los saberes de la religión andina, tan rica y compleja como su gente.

El libro *Donde el viento llega cansado* fue escrito en parte como un intento de subjetivizar la teoría. Como una necesidad de describir las prácticas de atención a la salud desde el interior de lo cotidiano, desde los hogares, desde el lugar del fuego donde se cocina permanentemente. Ese acercamiento no podía hacerse a partir de la utilización exclusiva de entrevistas y una serie de técnicas que se nos muestran como portadoras de instrumentos útiles para recopilar información. En realidad éstas son trabas que nos impiden el conocimiento de lo que ocurre en la cotidianidad, ya que la entrevista es algo pausado en un formato preestablecido que, en cierta forma, condiciona la respuesta a un determinado fin. Es a partir de la *conversación* y no de la entrevista que podemos acercarnos al *Otro*, en una relación de diálogo más simétrica, más comprometida con los sujetos. En la *conversación* no sólo se pregunta sino que se cuenta sobre uno mismo, sobre los miedos, sufrimientos y

alegrías del propio investigador. Esta es la única manera de conseguir una información más simétrica basada en la confianza que se genera no sólo cuando se acepta al investigador sino a la persona; es ahí donde el dato comienza a fluir auténticamente y el sujeto pasa a brindar una generosa información.

La etnografía, método que utilicé como base de este libro, no sólo otorga una calidad de información más cercana a la realidad, sino que la relación con el objeto/sujeto de estudio cambia radicalmente el acceso a dicha información, en un contexto de familiaridad que no puede darse en estudios que utilizan entrevistas para obtener datos sobre determinada problemática.

Habitualmente la etnografía implica una relación con el *Otro* que va más allá del tiempo específico de la investigación. Los investigadores quedan unidos a los grupos de estudio a través del compadrazgo, padrinazgo u otro vínculo familiar o de amistad; este elemento incide en una relación que sobrepasa el plano científico para pasar al plano cotidiano, familiar, que comúnmente no termina cuando finaliza la investigación. En este contexto, la calidad en la recolección del dato no sólo es más fiable, sino que el compromiso que se establece entre el investigador y la población que se investiga otorga un lugar especial al trabajo de campo, ya que involucra la conciencia de cómo puede repercutir la información extraída en el grupo estudiado.

En el contexto de la etnografía el consentimiento informado carece de sentido ya que la confianza establecida con el *Otro* otorga una confidencialidad explícita mutua (sujeto/sujeto), que no requiere ser concretada con la firma de un documento formal, ya que la confidencialidad hace que el investigador –basado en principios deontológicos– sepa lo que puede o no develar y qué deberá guardar como *secreto de familia*.

Años después de escribir este libro, cuyo eje era la salud primaria, realicé una investigación para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la calidad de atención en los centros de salud intercultural del altiplano boliviano, que me llevó nuevamente a realizar trabajo de campo en la ciudad de Potosí, en esa oportunidad, en el hospital público Daniel Bracamonte, investigación que amplió mi percepción sobre los problemas estructurales que posee la salud pública boliviana¹.

¹ Esta investigación se concretó en el libro: Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. OPS/OMS, La Paz, (2009) 2010. URL disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nca30643.pdf>

Con esto quiero hacer hincapié en la necesidad de investigaciones realizadas a través del método etnográfico, conviviendo con los grupos de estudio por un tiempo prolongado y continuo, para obtener información y realizar análisis que representen la realidad. Este método marca una diferencia entre los datos que –reflejados en las estadísticas– sirven de base para la elaboración de políticas de salud y los datos que aporta la etnografía. La contrastación de esta información refleja una preocupante discrepancia de realidades.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Cooperación Italiana por concretar la segunda publicación de este libro, cinco años después de que se agotara la primera edición. Confío en que sirva de estímulo para futuros investigadores y debates médicos y antropológicos sobre las condiciones de salud en el altiplano boliviano.

Susana Ramírez Hita
La Paz, 19 de julio de 2010

Prólogo

Potosí: intercultura y sistemas sanitarios en proyectos de ayuda al desarrollo

El departamento de Potosí, una de las regiones geográficamente más agrestes y socialmente más necesitadas de Bolivia y, por extensión, de toda Suramérica, presenta altísimos índices de morbilidad y una peculiar situación en lo concerniente a los sistemas sanitarios de atención. Terapeutas tradicionales, médicos académicos, pastores evangélicos y usanzas practicadas por madres y abuelas coexisten en el sistema sanitario de la misma ciudad, ocasionando problemas y a la vez oportunidades a la hora de definir los procedimientos médicos más indicados para curar patologías y enfermedades. Justamente con el propósito de analizar el funcionamiento, el uso, las características de los diferentes sistemas y de las prácticas sanitarias de la realidad potosina nace esta investigación que concurre de manera significativa a la sucesiva definición de estrategias sanitarias destinadas al mejoramiento del acceso a los servicios de salud.

Inscribiéndose en el marco de la literatura antropológico-médica, *Donde el viento llega cansado* brinda la oportunidad de explorar el universo de las distintas prácticas terapéuticas vigentes en Potosí en términos de clasificación, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, considerando tanto el enfoque etnográfico cuanto el substrato socio-económico que se esconden tras las situaciones estudiadas. Hay más, la investigación, financiada por la Cooperación Italiana y la Fundación Angelo Celli, esboza un retrato de la vida, creencias, costumbres y problemáticas de la población de Potosí, permitiendo

al lector una comprensión más pronunciada de los fenómenos descritos. El meticuloso análisis social es vinculado a la situación sanitaria, caracterizada, según la interpretación de la autora, por un “pluralismo médico y asistencial”. Esta complejidad, este pluralismo son factores que estiran el conjunto de las variables a considerar al momento de proponer soluciones para futuras políticas sanitarias y, asimismo, ponen en discusión la supremacía del sistema biomédico, preponderante en los contextos de países desarrollados.

La exploración de las causas de los altos índices de mortalidad materno-infantil, el problema del escaso control de alimentos y fármacos, el examen de los recientes fenómenos que afectan a los jóvenes –alcoholismo, violencia, casos de suicidios, embarazos no deseados– y las dificultades de organización interna de los centros de atención primaria, son ulteriores elementos útiles para trazar un perfil de los factores que actualmente limitan el incremento de los niveles de atención y tratamiento. Tomando en cuenta que el 30% de la población indígena boliviana no tiene acceso a medicamentos esenciales, y que otro importante porcentaje no accede a los servicios institucionales de salud por razones a la vez económicas, culturales, incluso ligadas a creencias y supersticiones, la ilustración de las estructuras sanitarias tradicionales y su relación con el sistema biomédico representa el primer paso para definir políticas de más largo alcance, que permitan ofrecer una mejor atención a la población, y contribuyan a la reducción de las tasas de morbilidad en la región.

En este sentido, para mejorar, y extender los niveles de atención sanitaria, desde 1997 la Cooperación Italiana viene realizando el proyecto “Apoyo al desarrollo del sistema socio sanitario de Potosí”, junto a instituciones y organizaciones locales, y en alianza con Organizaciones No Gubernamentales. Uno de los ejes centrales y, asimismo, uno de los factores fuertemente pioneros del proyecto, reside en la interculturalidad aplicada al sector sanitario, es decir en la manera de conjugar y articular diferentes saberes –sean estos biomédicos, tradicionales o religiosos– para encarar los problemas de atención y acceso a la salud arriba mencionados. El enfoque intercultural cobra aún mayor valor consideradas las pautas analíticas de esta obra, cuya metodología de investigación se focaliza en los diferentes hábitos en uso en Potosí, y en las relaciones entre los mismos; de ahí que el lector descubre cómo la población potosina tiene múltiples opciones y modalidades a la hora de elegir la forma de diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, desde las terapias tradicionales vinculadas a la cosmovisión andina, hasta la moderna ciencia biomédica, de la automedicación que radica en los saberes ancestrales –invo-

lucrando tintes de superstición y fuertes creencias populares— hasta los recursos proporcionados por la religión, relatados a través de la manera de entender la medicina propia de los padres evangélicos.

Un viaje a 360° grados, entonces, alrededor de los distintos sistemas sanitarios, que analiza los puntos de contacto entre ellos y que muestra la realidad en la que viven los núcleos familiares históricamente excluidos de los servicios institucionales de salud, que indaga la diferente percepción de la medicina, de las causas de muerte, de enfermedades y tratamientos relacionándola con el factor cultural, humano y socio-económico de los sujetos analizados. El enfoque intercultural se propone como una herramienta para solucionar los desencuentros originados entre los actores del sistema de salud biomédico y las comunidades locales, con la finalidad principal de lograr un acercamiento entre los diferentes sistemas y con miras al mejoramiento de los niveles de atención y calidad en la oferta de servicios básicos.

En esta dirección trabaja desde hace más de una década la Cooperación Italiana, con su proyecto en el sector sanitario en el departamento de Potosí, persiguiendo la definición de metodologías participativas dirigidas a favorecer la interacción entre los diferentes sistemas. El incremento de los niveles de atención, así como la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad, podrán plausiblemente concretizarse, en un entorno como Potosí, solamente por medio de un mayor diálogo y comprensión entre los diversos sistemas médicos. En un contexto donde la medicina tradicional aún conserva un papel trascendente, resulta fundamental la instauración de este diálogo entre un mundo académico, a menudo escéptico hacia prácticas y costumbres médicas locales, y él de los terapeutas tradicionales, para finalmente establecer una forma de articulación y complementación de sistemas médicos antes considerados excluyentes o simplemente alternativos.

Esta segunda edición del libro, motivada por la actualidad de los temas analizados, es costeadada por un proyecto de capitalización de informaciones científica y técnicas identificado por la Oficina Regional de la Cooperación Italiana de La Paz (Unità Tecnica Locale Regionale – UTL La Paz), instancia activa a partir del mes de febrero de 2008 en coordinar las actividades de Ayuda al Desarrollo del Gobierno de Italia en la subregión Andina.

Silvio Mignano
Embajador de Italia en La Paz

Donde el viento llega cansado¹

En el año 2003 la Fundación Angello Celli comenzó un trabajo financiado por la Unión Europea con el objetivo de capacitar al personal de salud de los centros de atención primaria a través de educación a distancia en tres ciudades piloto de América Latina: Potosí, Vitoria da Conquista (Brasil) y Santiago de Chile, en un proyecto titulado “Salud para todos en Latinoamérica”.

En marzo del 2004 comenzamos –en el marco de este proyecto– el trabajo de campo en Potosí, con el fin de realizar un diagnóstico de salud de la ciudad y detectar, en la medida de lo posible, las necesidades formativas del personal sanitario de los centros de atención primaria y de los representantes de los otros sistemas de salud, como las madres, los terapeutas tradicionales y los pastores evangélicos.

El diagnóstico de salud destinado a conocer las necesidades sanitarias de la población de Potosí propone un avance en el conocimiento de las prácticas y los sistemas médicos de la población quechua. La investigación comenzó con una metodología de investigación-acción donde los sujetos sociales destinatarios –el personal de salud de los centros de atención primaria– formaban parte de todo el proceso de investigación. En una segunda fase, la Cooperación

¹ Fue un informante, un futuro minero de catorce años, quien regaló las palabras que componen el título de este libro, al definir Potosí como un lugar “*donde el viento llega cansado...*”.

Italiana de Potosí financió –sobre el mismo material de campo– una investigación socioantropológica con el objeto de dar cuenta de los sistemas y prácticas médicos de Potosí, para proponer estrategias de cambio que pudieran ayudar a mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de la población.

En esta búsqueda de estrategias para el cambio propusimos un acercamiento a la articulación de los aspectos macrosociales con los micro, para observar de qué manera repercutían en la salud de los habitantes de Potosí los aspectos económicos, políticos e ideológicos, teniendo en cuenta que la población de la ciudad es en su mayoría de raíz indígena y de lengua quechua.

El primer capítulo de este libro está referido a los aspectos teórico-metodológicos que guiaron la investigación y a las categorías de análisis que ayudaron a la reflexión y el análisis del material. El segundo capítulo, titulado Las políticas sociosanitarias, presenta la trayectoria histórica de estas políticas en Bolivia como un recurso para comprender el contexto actual de la población de Potosí, tanto en términos económico-productivos como sanitarios. El tercer capítulo entabla un recorrido por la realidad local, las estrategias productivas, la organización social y la vida cotidiana de las familias potosinas de bajos recursos.

El capítulo siguiente presenta las características de epidemiología sociocultural de la ciudad de Potosí, sobre la base de la información disponible en el momento de la investigación, planteando los aspectos globales de la problemática sanitaria local, que abarca no sólo el sistema biomédico sino el de autoatención, el religioso y el tradicional para tratar, en el capítulo quinto, la articulación entre las representaciones y las prácticas de las madres quechuas y su vinculación con el sistema de autoatención, cómo dan significado a los padecimientos, y cómo transaccionan con los diversos saberes médicos a través del relato de cinco itinerarios terapéuticos.

El capítulo seis incursiona en el sistema médico religioso, especialmente en la manera en que la iglesia evangélica elabora la clasificación, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades/padecimientos. El sistema médico tradicional y su relación con los otros sistemas médicos son el objeto del capítulo siguiente, analizado a través de las representaciones y prácticas de algunos terapeutas tradicionales de la ciudad de Potosí, así como la manera de diagnosticar prevenir y atender los padecimientos.

El capítulo ocho aborda el sistema biomédico, especialmente las problemáticas sanitarias de los centros de atención primaria a través de las representaciones y las prácticas del personal de salud, así como las problemáticas

cas más importantes de salud pública de la ciudad y la relación con los otros sistemas médicos.

Por último en las Consideraciones Finales se articulan todos los aspectos desarrollados a lo largo de esta investigación, proponiendo algunas intervenciones concretas de cambio para los centros de atención primaria y algunas estrategias sanitarias destinadas a la mejora de la salud de la población de Potosí. Con base en esta realidad, el presente trabajo plantea una nueva mirada sobre las condiciones de salud de la actual población de Potosí, con un porcentaje importante de población quechua teniendo en cuenta la influencia de su situación laboral fundamentalmente minera, sus tradiciones culturales, las condiciones medioambientales y el proceso de marginación constante en la migración campo/ciudad.

La población indígena y la pobreza en Bolivia

De acuerdo con el Censo de Población del año 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Bolivia cuenta con 8.274.325 habitantes, de los cuales el 58% vive en zonas urbanas. El 65,6% se identifica como indígena: de este total, el 52,2% vive en áreas urbanas y el 47,8% en áreas rurales. De los 36 pueblos indígenas ubicados en tierras altas y tierras bajas, la población indígena mayoritaria está constituida por quechuas y aymaras, existiendo en el país una alta diversidad cultural.

Según el Censo 2001, casi cinco millones de bolivianos viven en condiciones de pobreza, y de ellos el sector más afectado son los pueblos indígenas. En el área rural, el 90,8% de la población pasa por esta situación, mientras que en las ciudades la pobreza alcanza al 39%. Esta clara asimetría entre la incidencia de la pobreza en el campo y en la ciudad tiene su correspondencia étnica, dado que en el área rural es mucho mayor la concentración de población indígena. Mientras que el 69,6% de la población quechua, el 59,9% de la población aymara y el 77,6% de la población guaraní mayor de 4 años se ubica en zonas rurales, sólo el 20% de la población que tiene el castellano como idioma materno vive en el campo (Valenzuela 2004:17).

La pobreza indígena urbana mantiene una relación directa con la situación precaria de inserción laboral que afecta preferentemente a mano de obra indígena inmigrante en el sector informal de la economía, lo que redundando tanto en la

calidad del empleo como en las oportunidades de acceder a fuentes de ingresos. La pobreza indígena rural, en cambio, se explica según Valenzuela, por la falta de infraestructura productiva, de articulación con los determinantes de la productividad agrícola y pecuaria, y de un adecuado acceso a mercados de bienes agropecuarios (Valenzuela 2004:17). La situación que afecta a los indígenas bolivianos suele ser más grave que la que atañe a otros grupos de la sociedad, ya que aproximadamente un 80% se ubica por debajo de la línea de la pobreza, mientras que un porcentaje inferior a la mitad afecta a los no indígenas.

Casi un tercio de la fuerza laboral en Bolivia tiene empleos de baja calidad, y un alto porcentaje de la población trabaja en condiciones altamente precarias, con salarios bajos y sin protección social ni laboral. El subempleo urbano afecta al 40% de las mujeres y al 27% de los varones, con ingresos muy reducidos que no les permiten financiar sus necesidades básicas de subsistencia. Según la CEPAL, un estudio reciente muestra que el 67% de los empleos más vulnerables y precarios es ocupado por indígenas, en tanto el 28% de los empleos semicalificados son para indígenas. Estos antecedentes indican que, abierta o veladamente, la condición étnica se presenta en Bolivia como objeto de marginación y devaluación social. Los inmigrantes no indígenas ganan tres veces más que los inmigrantes indígenas, en tanto que los indígenas en general reciben sólo el 30% del salario de los trabajadores no indígenas por cumplir el mismo trabajo. En el caso de las mujeres no indígenas, éstas reciben el 60% del salario de un trabajador varón no indígena. “Visto como esquema, un indígena ‘vale’ la tercera parte de un varón mestizo castellano hablante y la mitad de una mujer mestiza castellano hablante” (Valenzuela 2004:21).

El Censo de Población considera dos variables para la cuantificación nacional de la población indígena: el idioma y la condición étnica, estimada según la identificación que un individuo haga de sí mismo con un pueblo específico (INE 2003). Para la CEPAL, el Censo de Población en Bolivia, a través de las categorías que considera no logra representar la principal característica del país que es su elevada diversidad étnica, lamentando la ausencia de estadísticas oficiales periódicas y comparables de la población indígena. Las fuentes existentes –explica el informe– son circunstanciales y no tienen la misma base de definiciones ni metodologías comunes (CEPAL 2004:15). Idéntica situación se ha presentado en nuestra investigación, a la hora de analizar las fuentes estadísticas de morbilidad y mortalidad en la población del departamento de Potosí.

Con respecto a la situación sociosanitaria, los hogares indígenas, en particular los que residen en el área rural, enfrentan frecuentemente elevados riesgos de enfermedad debido a las precarias condiciones de vida y a la escasa disponibilidad de servicios de salud, agua y saneamiento básico. De hecho, el 78% de los hogares indígenas pobres no cuenta con acceso a agua potable, y el 72% carece de servicio sanitario (CEPAL 2004:7).

Los organismos internacionales no suelen contener informaciones estadísticas actualizadas sobre el estado de la salud en Bolivia. El Informe sobre Desarrollo Humano 2001 del PNUD muestra que por lo menos uno de cada cinco bolivianos está desnutrido, que uno de cada cuatro niños menores de cinco años tiene una baja estatura para su edad y que el 5% de los niños nacen con bajo peso. La tasa de mortalidad de niños menores de un año alcanza en Bolivia a 64 por cada mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, que en el informe del PNUD 2001 llegaba a 83 por cada mil nacidos vivos (PNUD 2001), parece haberse reducido para el año 2003 a un 66 por mil (UNICEF 2005). Dadas las difíciles condiciones de vida, en Bolivia tampoco hay muchas posibilidades para alcanzar la tercera edad. Sólo el 63,9% de las mujeres y el 57% de los hombres podrán sobrevivir hasta los 65 años. Estas condiciones precarias de salud afectan con mayor fuerza a la población indígena.

El ingreso medio de los indígenas es muy inferior al costo de la canasta básica de alimentos, lo que se acentúa en las zonas rurales, donde el consumo diario de alimentos se ubica en un 28%, por debajo del nivel de los estándares internacionales recomendados por la FAO. La desnutrición crónica afecta al 50% de los niños menores de cinco años de los hogares indígenas rurales; en promedio, por departamento (rural y urbano), los datos señalan que en Chuquisaca, Potosí y La Paz hasta el 45% de los niños menores de cinco años padece algún grado de desnutrición (Valenzuela 2004:25).

En cuanto al perfil epidemiológico, el sarampión es la única enfermedad prevenible a través de inmunización. En general, las diarreas y las neumonías son las principales causas de mortalidad y enfermedad en la primera infancia. La malaria, la enfermedad de Chagas y el cólera están entre los problemas más importantes de salud pública que afecta a las poblaciones indígenas de Bolivia. En este país un 30% de la población indígena no tiene acceso a medicamentos esenciales (Valenzuela 2004:25).

De acuerdo con los informes de la CEPAL, tanto el Estado boliviano como la cooperación internacional han señalado la necesidad de posicionar transver-

salmente los temas relativos a pueblos indígenas en las políticas públicas, ya que no sólo son mayoría nacional, sino que se encuentran entre los grupos más vulnerables afectados por la marginalidad y la falta de oportunidades (CEPAL 2004:9). Tales circunstancias otorgan importancia al conocimiento de las particularidades de los pueblos indígenas, en especial para la generación de políticas públicas y para la canalización de los recursos destinados a apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de este país.

CAPÍTULO 1

Los recursos del método

Diversas fueron las categorías y conceptos que ayudaron a analizar la realidad estudiada. La investigación partió de tres interrogantes fundamentales: identificar cuáles podían ser los cursos de formación necesarios para el personal sanitario de los centros de atención primaria que pudieran ayudar a mejorar las condiciones de vida de la población de Potosí; reconocer los principales ejes para identificar la articulación de los saberes médicos alopáticos, tradicionales y religiosos en la construcción que las madres quechuas elaboraban de los padecimientos; y determinar las líneas de intervención sanitaria necesarias para mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de la ciudad de Potosí.

El objetivo principal de este trabajo consistió en la descripción y el análisis de las características y articulaciones de los saberes biomédicos, religiosos y populares que se utilizan en Potosí. Esto exigió indagar acerca de otro objetivo complementario: describir y analizar las representaciones y las prácticas de los principales procesos de salud/enfermedad/atención que se observaban en los grupos domésticos de la población de bajos recursos de la ciudad.

La unidad de estudio fue la ciudad de Potosí, en la cual se seleccionó un barrio para trabajar en profundidad. Si bien la investigación se realizó durante los años 2004 y 2005, la unidad de tiempo analizada transcurre entre 1993 al 2004¹.

¹ En el año 2004 se realizó el trabajo de campo, pero los datos estadísticos que utilizaremos son del 1993-2004, debido a que en el 2004 los datos que manejaban las instituciones bolivianas referían a estos años.

En tal contexto, hemos analizado los saberes que desarrollan los distintos representantes de los sistemas médicos con respecto a lo que ellos consideran los principales padecimientos en la ciudad. Nos centramos en las madres como sujetos centrales de la investigación, porque ellas son las que desempeñan un papel fundamental en la atención de la salud familiar, siendo además las que toman las decisiones en la búsqueda de atención a la salud (Zolla 1983; Scheper-Hughes 1984, 1990; Módena 1990; Osorio 2001; Ramírez Hita 2007).

La investigación se realizó con grupos domésticos quechuas de estratos socioeconómicos bajos, así como con terapeutas tradicionales, personal sanitario y pastores evangélicos. El análisis se centró en los procesos de salud/enfermedad/atención² y también en la perspectiva desde la cual las madres quechuas percibían lo que padecen o han padecido sus familiares. Al mismo tiempo, abordamos la problemática teniendo en cuenta las políticas sociosanitarias del Estado boliviano, partiendo del supuesto de que tales políticas influyen en la articulación de los diferentes saberes médicos, y que inciden de alguna manera en la constitución de nuevas condiciones de vida.

A través de los distintos sistemas médicos articulamos el papel del actor con los procesos estructurales. Al centrarnos en las formas de reproducción simbólica y en las condiciones y significaciones de la subalternidad en los procesos de salud/enfermedad/atención (especialmente los étnicos y religiosos) dentro de las condiciones de marginación en la que se encuentra la población de Potosí, daremos cuenta, a través de los saberes médicos, de las interacciones de dominación/subordinación.

Nuestro interés se focalizó en el saber popular de las madres, reflejado por los diferentes representantes de atención a la salud del barrio; es decir, pastores evangélicos, terapeutas tradicionales y madres.

Partimos del conocimiento de las madres y de su capacidad de transformación en los procesos de salud/enfermedad/atención. Abordamos este saber popular —entendido con capacidad de transformación— principalmente a través de las madres, articulando sus representaciones y prácticas en torno a la

² El proceso de salud/enfermedad/atención incluye tanto la estructura social como la de significado. “A través de dichos procesos se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada. Dichos grupos tienen saberes similares, pero también desiguales y diferentes al menos respecto de algunos de los sufrimientos, de las enfermedades o de las estigmatizaciones que los afectan” (Menéndez 2002:323).

salud. Intentamos ver de qué manera la biomedicina, las políticas sociosanitarias y los nuevos movimientos religiosos –junto con la medicina tradicional– han provocado cambios en la manera de dar significado y sentido a los padecimientos que aparecen en los datos de morbilidad y mortalidad. Elaboramos un primer acercamiento a la epidemiología sociocultural de la población de Potosí utilizando tanto los datos epidemiológicos nacionales y regionales, como aquellos de los diferentes representantes de los distintos sistemas médicos, incluyendo por lo tanto las patologías populares.

Dentro de la concepción salud/enfermedad quechua, la clase social aparece relacionada con la identidad como condicionante de los modos de vida. Esto lo trabajamos dentro de un marco más amplio, donde consideramos a la población quechua de Potosí como un grupo étnico, y al mismo tiempo como perteneciente a una clase social y a un grupo marginado. Articulamos todos estos procesos en los conceptos de hegemonía/subalternidad que se desarrollan en los diferentes sectores sociales, donde transaccionan los saberes en torno a la enfermedad y su atención (Menéndez 2002).

Otro elemento importante a tener en cuenta en la constitución de nuevas identidades entre los quechuas citadinos es la adscripción a la religión evangélica y su influencia en los procesos de salud/enfermedad/atención, tanto en el diagnóstico, prevención y atención de las enfermedades y padecimientos como en la clasificación de las mismas.

Planteamos nuestra perspectiva teórico-metodológica desde el punto de vista del actor. Esto implicó tener en cuenta no sólo las voces de las mujeres, sino de todos aquellos actores que giran alrededor del ámbito de atención a la salud; es decir que también trabajamos con los representantes de los distintos sistemas de atención a la salud que operan en la ciudad de Potosí (pastores evangélicos, terapeutas tradicionales, personal sanitario, farmacéuticos y madres), entre quienes registramos sus representaciones y prácticas.

También tuvimos en cuenta los procesos estructurales que constituyen el contexto en medio del cual la sociedad boliviana establece sus relaciones con los mecanismos de salud/enfermedad/atención³.

³ Menéndez plantea que “existen toda una serie de procesos estructurales que afectan las condiciones de salud/enfermedad/atención, como son la urbanización y concentración de la población en grandes aglomeraciones, la articulación entre procesos económicos y demográficos y el constante proceso migratorio rural/urbano y/o países periféricos/países centrales que generan una variedad de problemas de tipo racial, étnico y clasista, que se expresan especialmente a través de las condiciones de seguridad social incluida la atención de la salud” (Menéndez 2002:322).

A partir de los aspectos macrosociales, analizamos los procesos estructurales que afectan la salud/enfermedad/atención de las madres del barrio seleccionado, a través del estudio de la influencia de las políticas sociales en las condiciones de vida de nuestros informantes.

En las páginas siguientes presentamos una revisión bibliográfica sobre los principales aspectos de esta problemática; en primer lugar sobre marginalidad, etnicidad e identidades étnicas, y en segundo lugar sobre sujetos, saberes, modelos y articulación de modelos/sistemas médicos, ya que refieren a los aspectos centrales de esta investigación.

Marginalidad, pobreza, etnicidad e identidad étnica

Sin pretender agotar aquí la discusión sobre este amplio tema, resulta imprescindible abordar los planteamientos teóricos más destacados sobre la etnicidad y también sobre aquellos aspectos que han servido para la reflexión e interpretación de los datos sobre la realidad de la población de Potosí. Los conceptos de marginalidad, exclusión, pobreza y la relación que existe entre ellos han dado pie a una amplia literatura socioantropológica.⁴

La pobreza, referida fundamentalmente a aspectos socioeconómicos, se presenta como un hecho objetivo, pero siempre con relación al contexto en el que se produce. Se trataría de la privación relativa, basada en la desigualdad existente en una determinada sociedad. Como se ha demostrado en numerosas investigaciones, existe una relación directa entre desigualdades y salud: los “pobres” de diferentes sociedades pueden presentar enfermedades distintas, pero siempre existen unas características o resultados comunes de tasas más altas de mortalidad infantil y menor expectativa de vida (Doz *et al.* 1996).

Según San Román (1991:152-153), la marginación “consiste socialmente en la exclusión del marginado de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, de forma que este acceso es no-pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente. Este proceso estaría siempre sujeto a una tensión inclusión/exclusión que depende tanto de las variaciones del propio sistema sociocultural como de las propiedades del mar-

⁴ Ver Romaní (1996) para una síntesis de las principales escuelas y enfoques sobre el tema.

ginado [...] Este proceso produce, se acompaña y se alimenta de una formación ideológica que da racionalidad y justifica la exclusión”. La autora también sostiene que la marginalidad “tiende a producir el alejamiento de las normas y usos de relación comunes, dando lugar en distintos casos y condiciones a contravención de las normas o abandono de los usos”, lo que “permitiría crear nuevos usos no estandarizados de los recursos culturales”. Estas dificultades de acceso a los recursos –a todo tipo de recursos– están sujetas a la tensión inclusión/exclusión, que exige estudiar la situación de fuerzas en cada contexto. Que los hechos objetivos (acceso a los recursos) van siempre acompañados de sus racionalizaciones para justificarlos, y que el alejamiento de los usos y las normas permite crear nuevos usos de los recursos culturales.

Un aspecto importante a tener en cuenta respecto de la marginación es el hecho de la migración campo/ciudad, muy importante en el contexto de la ciudad de Potosí donde la ciudad es vivida como desarraigo e incorporación de nuevas identidades. El concepto de exclusión⁵ por sí solo no puede dar cuenta de la realidad de Bolivia, un país con uno de los índices de desarrollo humano más bajos de Latinoamérica, donde la marginalidad llevada a las ciudades continúa siendo marginalidad y no exclusión. Esta marginalidad comporta un cambio de identidad: pasar a ser “citadino” indígena en la ciudad.

A través del concepto de marginalidad se pueden observar varios aspectos contradictorios: los problemas para la salud que comporta la dificultad de acceso a los recursos económicos, sociales y culturales y, sobre todo, el contexto concreto de avance del neoliberalismo donde estas dificultades arraigan (aspecto socioeconómico), y que muchas veces implica, entre otras cosas, la reactivación de prejuicios étnicos (aspecto ideológico).

Los estudios antropológicos siempre se han caracterizado por el estudio del otro, por la alteridad, fundamentalmente de grupos étnicos no occidentales. Sin embargo, como destaca Menéndez (2002) desde los años setenta los sujetos estudiados se constituyen a partir de la diferencia. “A partir de los años sesenta y sobre todo de los setenta, una parte de los nuevos estudios se caracterizan porque los sujetos aparecen reivindicando positivamente su propia diferencia, incluida su diferencia estigmatizada: no reproducen los etiquetamientos sino que los cuestionan afirmando su identidad diferenciada. No

⁵ El concepto de exclusión se utiliza desde mediados de los setenta en los países centrales para resaltar las diferencias, discriminaciones en las ciudades, entorno a cuatro aspectos básicos: la ciudad, la escuela, el empleo, la protección social (Fassin 1996).

constituyen sólo grupos ‘reactivos’, sino grupos que tratan intencionalmente de legitimar socialmente tipos de identidad diferenciada, más allá de que estén previamente etiquetados a través de estigmatizaciones que los han constituido en otros en términos de explotación, “desviación” marginación y/o subalternidad” (Menéndez 2002:101).

Para Berger y Luckman (1973:195) la identidad es un fenómeno que emerge de la dialéctica entre el individuo y la sociedad. Estos autores consideran que la identidad está determinada por las relaciones sociales, y que lo cotidiano aparece como las experiencias subjetivas compartidas por el grupo en un proceso de interacción. La realidad de la vida cotidiana constituye el espacio para caracterizarse y caracterizar a los otros, dependiendo de lo que cada grupo entiende por su “dimensión de lo real”, apareciendo de esta manera la cotidianidad como organizadora de los límites sociales. Por lo tanto, la cotidianidad es entendida como “la construcción social de la realidad”, siendo en lo cotidiano donde aparece más claramente la diferencia (Bartolomé 1997). Goodenough (1965) propone la categoría de “relaciones de identidad”, relación que le lleva a hablar de “identidades complementarias” (por ejemplo, médico/paciente, médico/enfermera, médico/esposo, médico/empleado).

El concepto de grupo étnico ha sido trabajado por numerosos autores, desde la ya clásica definición de Barth (1976) basada en el consenso –que consideraba a los grupos étnicos como una forma específica de organización social–, hasta definiciones más actuales en las que se deja espacio a los aspectos más conflictivos. A partir de estudios étnicos en espacio urbano, Cohen (1974) caracteriza a la etnicidad como la forma en que aparece la interacción de diferentes grupos que se encuentran en un mismo contexto social en el que se relacionan en competencia.

Uno de los antropólogos más importantes en el campo de las relaciones interétnicas, Cardoso de Oliveira (1992), propone a la etnia como un clasificador que opera dentro del sistema interétnico y –a nivel ideológico– como producto de representaciones colectivas de grupos sociales en oposición, grupos que se definen por simbologías culturales, raciales o religiosas. Este carácter étnico puede ser muy determinante, como sucede en situaciones de conflicto o de relaciones de clase (indígena/campesino). Siguiendo la perspectiva de Cohen, Cardoso adopta el concepto de Barth de grupo étnico, pero propone hablar de “identificación étnica”, basándose en la definición de Glazer: el uso que una persona hace de términos raciales, nacionales o religiosos para identificarse y relacionarse con otros (Bartolomé 1997).

La noción de identidad tiene dos dimensiones: individual y colectiva. Para Cardoso, la identidad es un proceso en el cual existen diferentes formas de identificación. El concepto de identidad individual y social supone relaciones sociales y un código de categorías que orientan el desarrollo de esas relaciones. En las relaciones interétnicas este código se expresa como un sistema de oposiciones o contrastes. Cardoso propone la noción de “identidad contrastativa” como esencia de la identidad étnica, la base por la cual ésta se define. Implica la noción del ‘nosotros’ frente a los ‘otros’, y es una identidad que surge por oposición: la identidad étnica se afirma negando otra identidad. Las categorías étnicas son como roles: para cada relación de identidad culturalmente posible hay una correspondiente relación de estatus. La diferencia con los roles es que la identidad étnica sólo puede ser definida con relación a un sistema de identidades étnicas, y en el carácter contrastativo. En las relaciones interétnicas, las relaciones se dan en términos de dominación y sujeción (Cardoso, 1992).

La identidad contrastativa persiste actualizando la identidad étnica y representándola en un sistema de referencia de carácter ideológico. Esto se observa en el caso de grupos étnicos donde un grupo está en situación de minoría étnica y estigmatizado con respecto al otro. Entonces, la identidad étnica es entendida por Cardoso como una forma ideológica de representaciones colectivas, que puede ser observada en la cresta de una crisis. En este sentido, la identidad étnica se entiende como identidad crítica, denunciadora –por su propia alineación– de las condiciones dramáticas en las que se produce el contacto interétnico (Cardoso 1992).

Bartolomé recupera muchos aspectos de Cardoso y une la definición de Bath (1976), sin abandonar la definición tradicional de grupo étnico, al que define como tipos organizacionales específicos cuyos rasgos básicos serían los mecanismos de autoadscripción y de adscripción por otros en el proceso de interacción social, aunque considera que lo organizacional no puede ser desvinculado de lo cultural. La identidad étnica “pretende designar el espacio interior del proceso de identificación y conjugarlo con el espacio exterior: las relaciones entre nosotros son tan significativas como las relaciones con los otros”, en tanto la conciencia étnica es una forma ideológica de representaciones colectivas que implica relaciones intragrupales. La conciencia étnica no se realiza por oposición, sino en la relación entre nosotros, y es el resultado de la relación del grupo con su historia (Bartolomé 1979, 1987, 1988, 1997:77).

En la década del 80, Tambiah (1989) abordó los conflictos interétnicos en el mundo contemporáneo, destacando que la filiación étnica está demostrando mayor capacidad de actuar como movilizador político que la posición de clase o la pertenencia a un Estado-nación. Jean y John Comaroff (1992) subrayan el carácter estructural e histórico de la etnicidad, a pesar de que se la pueda percibir como una fuerza aparentemente autónoma que guía las conductas.

Para Bartolomé (1997:65), ambos autores tienen en cuenta la situación de clase en la que surge la etnicidad, en tanto expresión de relaciones jerárquicas en la que los grupos confrontados organizan ideológicamente los símbolos de sus experiencias. También se orientan a considerar que, al transformarse la situación de clase subordinada, los grupos étnicos tenderán a configurarse como grupos de estatus en el sentido weberiano del término. Estas posiciones destacan el carácter cambiante de la etnicidad, pero continúan privilegiando su aspecto instrumental, al considerarla básicamente como una forma de conciencia social resultante de la competencia entre grupos diferentes dentro de un mismo sistema económico, mientras que para Bartolomé (1997) la etnicidad constituye la expresión contextual de la identidad –concebida como un fenómeno de comportamiento–, ya que supone conductas en tanto miembro de ese mismo grupo. La etnicidad es la manifestación política de lo étnico: es, por tanto, la identidad en acción, mientras que la identidad étnica –si bien pertenece a un grupo étnico determinado– alude a comportamientos históricos y estructurales de una ideología étnica. Por lo tanto, no refiere a un momento histórico específico sino al estado contemporáneo de una tradición. Para Cardoso de Oliveira (1997:112) la etnicidad posee una doble dimensión: la identidad y la estructura social. En el ámbito de la estructura social, se admite que los grupos portadores de identidad minoritaria pueden ser “simples” o “complejos”. La etnicidad tiene que ser la ideología étnica capaz de suministrar la base de sustentación para producir movimientos sociales de cualquier tipo, ya sean separatistas, reformistas, revolucionarios o mesiánicos.

Con respecto a las relaciones de clase dentro de las relaciones interétnicas, Tambiah y J. J. Comaroff tienen en cuenta la situación de clase en la que aparece la etnicidad, en tanto expresión de relaciones jerárquicas en las que los grupos confrontados organizan ideológicamente los símbolos de sus experiencias. Bartolomé considera que la identidad de clase y la identidad étnica son términos complementarios, ya que tanto las identidades de las clases como las de las etnias se construyen por contraste. Las relaciones de poder entre grupos étnicos y las posiciones de poder de los miembros de los grupos

étnicos aparecen, muchas veces, como manifestación de la identidad étnica. Estas manifestaciones suelen producirse como consecuencia de las relaciones de dominación política y económica y de sus expresiones simbólicas, dando lugar a las “identidades subordinadas” (Bartolomé 1997). En estas últimas centraremos el análisis del grupo étnico quechua que vamos a trabajar.

Sujetos, modelos, saberes y prácticas

Intentaremos exponer muy sucintamente las corrientes antropológicas que han alimentado la discusión de la antropología médica desde el planteamiento de la construcción cultural del padecimiento. Consideramos que esto ha sido hecho de una manera muy esclarecedora por Byron Good (1994), de tal manera que nos basamos en él para abordar las diferentes corrientes teóricas sobre las representaciones de la enfermedad. Good plantea fundamentalmente cuatro corrientes teórico-metodológicas que han abordado las representaciones sociales de los padecimientos.

- a) La primera corriente comprende los estudios etnomédicos sobre las creencias populares en torno a la salud; es decir, a toda una serie de estudios etnográficos sobre los sistemas médicos. Este enfoque empirista de las ciencias sociales médicas se caracteriza por un análisis de las representaciones de la enfermedad como creencias sobre la salud, una visión de la cultura como adaptación y una prioridad de lo racional que maximiza el valor del individuo (Good 1994:39). Esta corriente analiza la cultura como “creencia”, donde la creencia actúa como representación de la cultura. El término ‘creencia’ marca el límite entre la cultura médica popular y el conocimiento científico, la “creencia” se opone al “conocimiento”, sin cuestionar la adscripción de la biomedicina a esta segunda parte de la dicotomía. Por lo tanto, el análisis de la medicina tradicional se realiza como “sistemas de creencias”, vinculado esto –según afirma Good– a una visión de los sistemas médicos “como estrategias socioculturales adaptativas”. La crítica principal a esta corriente es que ignora las condiciones socioeconómicas que operan en la búsqueda de atención a la salud.
- b) El segundo paradigma al que se refiere Good es la antropología cognitiva, que entiende las representaciones de la enfermedad como modelos cognitivos, priorizando las representaciones que tienen los sujetos de los pade-

cimientos. Esos aportes derivan de los planteamientos de la etnosemántica, y se centran en el lenguaje como sistema de clasificación de las enfermedades. Los estudios iniciales estaban centrados casi exclusivamente en las taxonomías, aunque aparecen estudios más recientes (Young 1981; Young y Garro 1982) cuyo análisis está centrado en el estudio de la toma de decisiones en casos individuales de enfermedad. “Sin embargo –escribe Good– siguieron centrándose en modelos criteriológicos y en la diversificación de las decisiones” (Good 1994:49). Los trabajos cognitivos de la antropología médica se basaron fundamentalmente en la descripción de modelos culturales respecto a las emociones, el funcionamiento psicológico y la enfermedad. Good considera que para estos antropólogos “las representaciones de la enfermedad son entendidas en términos mentalistas, abstraídas del conocimiento encarnado y de fuerzas sociales e históricas que modela los significados de la enfermedad” (Good 1994:39).

- c) La tercera corriente considera a las representaciones de la enfermedad como realidad construida culturalmente (antropología médica clínica). Aparecen trabajos vinculados a la literatura constructivista simbólica, interpretativa y social, y poseen un interés para la antropología médica aplicada. Los antropólogos interpretativos, colocan el eje analítico en la relación entre la cultura y los significados del padecimiento. Encontramos como representantes al propio Good (1977) junto con Kleinman (1980), Chrisman y Maretzki (1982), Hahn y Gaines (1985), Csordas (1990), entre otros. El aporte fundamental de esta corriente es el considerar a la enfermedad como un modelo explicativo, donde los sistemas médicos deben ser entendidos como sistemas culturales. Más que centrarse en la representación, el eje de esta tradición está puesto en cómo “el significado y las actividades interpretativas se hallan en relación con los procesos sociales, psicológicos y fisiológicos para producir diferentes formas de enfermedad y de trayectorias de dolencias” (Good 1994:54). Muchos de estos estudios investigan la relación de significado y experiencia como fenómenos intersubjetivos y critican las representaciones puramente cognitivas de la enfermedad. Según Good, estos estudios interpretativos han sido criticados fundamentalmente por prestar poca atención a la biología, por ser demasiado “clínicos” y por falta de rigor científico en los estudios epidemiológicos. La crítica que realizan otros autores a esta corriente está centrada en no tener en cuenta las dimensiones macrosociales.

- d) El cuarto paradigma, representa a la antropología médica crítica, y se caracteriza fundamentalmente por su enfoque crítico: su interés en la historia, la economía política y los “estudios subalternos”. Los antropólogos de esta corriente realizan estudios sobre cómo las fuerzas políticas y económicas se encuentran presentes en los estados de salud y en las instituciones médicas. El eje analítico está puesto en el poder, en las relaciones y las transacciones sobre el cuidado de la salud (cita Waitzkin 1991), y en las desigualdades responsables de la morbilidad. Estos antropólogos incorporan los aspectos históricos y macrosociales en sus análisis etnográficos (Good 1994:56). La crítica que realiza Good a esta corriente está centrada en que parte de las investigaciones de la antropología médica crítica se extienden en la “crítica”, y dejan poco espacio a los análisis etnográficos e históricos, debido a la complejidad que supone la unión de lo macro-social con el análisis histórico y los estudios etnográficos (Good 1994).

Luego de esta breve síntesis de las diferentes perspectivas de la Antropología Médica con respecto a las representaciones sociales de los padecimientos, nos centraremos en aquellos aportes que consideramos más cercanos a nuestros planteamientos teóricos y que conformarán la plataforma para el abordaje de nuestra problemática.

Esta aproximación a la que nos referimos tiene que ver con la articulación de los modelos médicos que se desarrollan en el grupo doméstico, a través de la construcción social que las mujeres hacen de los procesos de salud/enfermedad/atención.

El pluralismo asistencial

Numerosos autores han trabajado con distintos grupos sociales en la articulación de los diferentes sistemas médicos que envuelven a las comunidades, grupos étnicos o conjuntos sociales en general (Leslie 1985, Cosminsky 1986, Romanucci-Ross 1991, Benoist 1996, Osorio 2001, entre otros). En todo caso, no haremos una revisión de las diferentes propuestas metodológicas, sino que hemos optado por plantear sucintamente a aquellos dos autores que consideramos más destacados en las dos corrientes planteadas anteriormente (la antropología médica clínica y la antropología médica crítica), por conside-

rar que son las que más han aportado a la reflexión para la construcción de nuestro planteamiento teórico-metodológico.

Para abordar la problemática del pluralismo de sistemas y modelos médicos desarrollaremos los aportes teóricos que consideramos más relevantes en esta problemática: las propuestas teóricas de Arthur Kleinman y de Eduardo Menéndez.

Mientras Kleinman trabaja la articulación de los sistemas médicos a partir de los problemas psiquiátricos en Taiwán, Menéndez aborda la problemática de la articulación de los modelos médicos desde el proceso de salud/enfermedad/atención, fundamentalmente a partir del estudio del alcoholismo en México. Kleinman utiliza el concepto de sistemas de atención a la salud como un modelo conceptual que permite ver cómo los actores de una sociedad determinada representan el cuidado de la salud. Los sistemas de atención a la salud los considera como una construcción social que posee determinantes externos e internos con sus respectivas funciones, y es a través del sistema de cuidado de salud chino que desarrolla con detenimiento su modelo. En la estructura externa coloca a los factores económicos, políticos, a la estructura social y a la historia (Kleinman 1980). Con el concepto de realidad clínica abarca “las creencias, normas, comportamientos y transacciones comunicativas asociadas con el malestar, salud, *health care seeking*, relación practicante-paciente, actividades terapéuticas y evaluación” (Kleinman 1980:42), siendo la realidad simbólica la que media entre los sistemas de atención a la salud y la realidad clínica. Dentro de cada sistema de salud es posible encontrar varios sectores de cuidado de la misma: el popular, el profesional y el folk.

- a) *El sector popular* —el más amplio— es a partir del cual se circula hacia y desde los otros sectores, y en él aparecen niveles diferentes: el individual, el familiar y las redes sociales. Según los trabajos de Kleinman en Estados Unidos y Taiwán, del 70% al 90% de los episodios de padecimientos ocurren en el sector popular. Considera a este sector como el nexo de las fronteras de los diferentes sectores, ya que entiende que el autotratamiento individual y familiar es la primera intervención que se realiza en la mayoría de las culturas. El enfermo va encontrando diferentes lenguajes médicos en los distintos sectores, y por lo tanto los concibe con diferentes sistemas de significados, de normas y de poderes.
- b) *El sector profesional* comprende a los terapeutas profesionales cuya práctica se estructura como profesión organizada a través de instituciones legitimadas por el Estado. En la mayoría de las sociedades este lugar lo ocupa

la biomedicina, pero en algunas sociedades como en la China o la India, también están profesionalizadas la medicina tradicional y la ayurvédica, respectivamente. En este sector, Kleinman reconoce un proceso de “indigenización”, es decir, el proceso de circulación de conocimientos desde el sector profesional hacia los otros sectores. La indigenización se refiere a los cambios que experimenta la biomedicina una vez que se ha introducido en las sociedades no occidentales, dando como resultado cambios en el cuidado clínico profesional. También aparece el factor inverso, la “popularización”, cuando ciertos aspectos del cuidado profesional se difunden en el sector popular.

- c) *El sector folk* de atención incorpora a los terapeutas no organizados profesionalmente. Para Kleinman, se trata de un sector muy mezclado por diferentes componentes que se encuentran relacionados con el sector profesional, pero sobre todo con el popular.

Estos tres sectores interactúan porque los pacientes pasan entre ellos. Las fronteras entre los sectores aparecen en la trayectoria de los padecimientos que se encuentra dentro del sistema de atención a la salud (Kleinman 1980).

El autor concreta su propuesta teórica con una categoría analítica que es la de “los modelos explicativos”. Estos modelos son elaborados en función de una problemática concreta de padecimiento, y sólo son válidos en un contexto particular. Los modelos explicativos son las nociones relacionadas con un episodio de enfermedad y con su tratamiento. Cada uno de los actores construye un modelo clínico analizando un mismo episodio de enfermedad (modelo explicativo del clínico, del paciente y de la familia). Sólo el estudio de las interacciones entre los diversos modelos explicativos permitirá, según Kleinman, comprender la dinámica de la comunicación entre los individuos (médico, paciente, miembro del entorno). El individuo interpreta un síntoma o una enfermedad según un modelo explicativo apropiado a ese episodio de enfermedad. Este modelo individual es la base de un modelo colectivo predominante en ese grupo.

La interacción entre los modelos explicativos de los pacientes y los practicantes es –para Kleinman– el componente central del cuidado de la salud. Los modelos explicativos describen la dinámica de las transacciones cognitiva y comunicativa en el cuidado de la salud.

Young (1982), Good (1977) y Blunhagen (1980) critican la noción de modelo explicativo de Kleinman (1980), donde los modelos explicativos son

“las nociones relacionadas a un episodio de enfermedad y sus tratamientos empleados por los individuos en caso de un proceso clínico”. Young considera que si los modelos explicativos no son válidos para un individuo en particular, no se hablará de modelos sino de explicaciones dadas por un individuo. Para Young la noción de modelo implica un mínimo de generalización (Young 1982). Massé no comparte esta crítica de Young, alegando que “si los modelos se definen como la representación simplificada de un proceso o de un sistema, los modelos explicativos individuales constituyen bien los modelos, ya que son el efecto de las representaciones simplificadas construidas por el individuo, de la articulación y del encadenamiento de signos, de síntomas, de acontecimientos y de símbolos inscritos en una historia natural de la enfermedad en tanto que realidad biofísica” (Massé 1995:298).

Taussig discrepa de Kleinman, ya que durante el encuentro clínico es donde se expresan estos modelos explicativos, y en este lugar se pueden ver más claramente los procesos comunicativos, transaccionales y cognitivos que se generan entre el médico y el paciente. La crítica de Taussig recae sobre este encuentro clínico en el que las partes no están en las mismas condiciones, “en una alianza extraña, en la cual una parte se apropia de las ideas privadas de la otra con el propósito de manipularlas con más éxito. ¿Qué posibilidades hay en este tipo de alianza de que el paciente explore el modelo privado del médico, tanto de la enfermedad como del malestar y que pueda negociar eso?” Concluye sugiriendo que no es “la construcción cultural de la realidad clínica” la que debe ser desenmascarada sino la “construcción clínica de la realidad” (Taussig 1995:140).

Para Menéndez, la corriente teórica de Kleinman describe “[...] narraciones de los sujetos los cuales suelen identificarse (¿o confundirse?) con las prácticas. La realidad pasa a ser prácticamente lenguaje. [...] Esta perspectiva no sólo conduce a ignorar las relaciones sociales dentro de la cual experimentan la vida los sujetos, sino a ignorar las relaciones de hegemonía/subalternidad, explotación, dominación, etc; dentro de las cuales juegan/construyen su vida y sus significados” (Menéndez 2002:142, 145). Para Menéndez, el uso del concepto de experiencia que realiza esta visión teórico-metodológica “no refiere a la experiencia del sujeto o del grupo sino al saber de los mismos” (Menéndez 2002:279).

Eduardo Menéndez aplica fundamentalmente una perspectiva gramsciana interrelacionada con el interaccionismo simbólico y otras corrientes teóricas, poniendo el eje en el papel hegemónico de la biomedicina y en las transacciones desarrolladas con los sectores subalternos (Menéndez 2002). Asumiendo

que existen diferentes formas de atención a la enfermedad, construye modelos de atención de los padecimientos al reconocer el origen y desarrollo de las distintas formas de atención, procesos económico/políticos (estratificación social, pobreza, marginalidad) y factores culturales.

Su propuesta teórica se sustenta en la elaboración del concepto de “modelos médicos”, entendiendo como tales “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas –incluidos los ‘curadores’–, sino también la participación en todas éstas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez 1990:85). Estos modelos están planteados a través de una perspectiva metodológica relacional, donde se dan procesos de hegemonía/subalternidad, y el concepto de transacción es el que explica “los procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos sociales” (Menéndez 1990:86).

Menéndez reconoce tres modelos que se integran en esta definición: el *Modelo Médico Hegemónico* (MMH), el *Modelo Alternativo Subordinado* (MAS) y el *Modelo de Autoatención* (MA).

La definición del *Modelo Médico Hegemónico* (MMH) se refiere al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez 1990:83). En esta construcción se encuentran tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado, cuyos “rasgos estructurales son el biologicismo, concepción teórica evolucionista/positivista, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud/enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico/paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, concepción del paciente como ignorante, paciente como responsable de su enfermedad, inducción a la participación subordinada y pasiva, producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico, prevención no estructural, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia

a la medicalización de los problemas, tendencia al consumismo médico, predominio de la cantidad y productivo sobre la calidad y tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez 1990:87). Las funciones de este Modelo se pueden agrupar en tres tipos: aquellas que cumplen las funciones preventivas, curativas y de mantenimiento; aquellas que integran las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, y por último aquellas que incluyen las funciones económico-ocupacionales (Menéndez 1990:104).

El segundo modelo propuesto, el *Modelo Alternativo Subordinado* (MAS), “integra a las prácticas generalmente reconocidas como ‘tradicionales’, y otras prácticas alternativas, que son influidas por el MMH”. Dichas prácticas constituyen opciones institucionales englobadas por el MMH y que se encuentran ideológicamente subordinadas por éste. Los caracteres básicos que constituyen este modelo son: “concepción globalizadora de los padecimientos y problemas –las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia–, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en las relaciones curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión del ‘saber y prácticas curativas’ de los otros y tendencia reciente a la mercantilización” (Menéndez 1990:88).

El tercer modelo o *Modelo de Autoatención* (MA) es definido así por basarse “en el diagnóstico y la atención (prevención) que lleva a cabo la propia persona o los integrantes del grupo familiar o de los grupos comunitarios, donde no intervienen curadores profesionales [...] Este modelo está en la base de todos los anteriores, y su estructuración se fundamenta en sus funciones curativo-preventivas y –sobre todo– socioeconómicas [...] Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante; legitimidad grupal y comunal; concepción basada en la experiencia; tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas: tendencia sintetizadora; tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos” (Menéndez 1990:89-90).

A través de estos modelos, Menéndez concluye que “es en los procesos transaccionales que operan dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad que podemos observar las diferentes dinámicas, formas y orientaciones que adquieren dichas transacciones” (Menéndez 2002:156). Desde una perspectiva

relacional, Menéndez recupera el papel del actor interaccionando con los procesos estructurales, interesado en las formas de producción y reproducción económico-políticas, simbólicas y de los fenómenos de poder. También incluye, prioritariamente, el papel del sistema capitalista (Menéndez 2002:135-236).

Aunque ambos autores trabajan la articulación de los diferentes sistemas y modelos médicos desde enfoques teórico-metodológicos diferenciados, Kleinman y Menéndez realizan importantes aportes a la discusión epistemológica relacionada con la articulación de sistemas/modelos médicos. Mientras que Kleinman se centra en lo sociocultural y en lo simbólico, donde el individuo es quien realiza la unión con la cultura a través de su historia de vida, Menéndez establece una relación entre lo microsocioal y lo macrosocioal a través de la estructura social y la de significados en el proceso de salud/enfermedad/atención. Kleinman no recupera el conflicto y las relaciones de poder, ya que estas relaciones se limitan exclusivamente al encuentro clínico, excluyendo por lo tanto las dimensiones macrosociales y –más concretamente– la dimensión socioeconómica. Menéndez, en cambio, recupera todas estas dimensiones (micro y macro) en las relaciones de hegemonía/subalternidad.

Si bien ambos autores coinciden en identificar el sector popular/modelo de autoatención como la principal estructura de atención a la enfermedad, Kleinman centra las actividades del sector popular en los procesos de diagnóstico, curación y evaluación de los padecimientos, mientras que Menéndez incorpora los procesos no sólo de atención y prevención a la enfermedad sino también de mantenimiento y cuidado de la salud (Osorio 2001).

La articulación de los modelos médicos

En este trabajo intentamos recuperar fundamentalmente los planteamientos de Eduardo Menéndez, y en especial su manera de entender la articulación de los modelos médicos a través de las relaciones de hegemonía/subalternidad. Hemos dicho en las páginas precedentes que pretendemos analizar la articulación de los diferentes modelos de atención a la salud que aparecen en la población de Potosí. Por ello, nuestro interés está centrado en descubrir cómo se construyen, se producen y reproducen todos estos saberes a través de los diferentes representantes de atención a la salud, en la articulación de las representaciones y las prácticas.

Analizaremos esta articulación teniendo en cuenta los aspectos de marginación político-económico-simbólicos de la población de bajos recursos de Potosí. El recorrido teórico que hemos plasmado en este capítulo ayudó a reelaborar las hipótesis. Así mismo, muchos de los trabajos mencionados permitieron fortalecer nuestra propuesta teórica, tanto por identificación como por contraste, y otros ayudaron en la comparación de datos con nuestro material de campo. El conjunto aportó categorías y planteos teórico-metodológicos que han permitido la interpretación de nuestro material. Partimos, por lo tanto, de las propuestas de Menéndez sobre la construcción de modelos médicos, complementadas con las propuestas de Bartolomé sobre etnicidad y de San Román sobre marginalidad.

Para comenzar a trabajar nuestra problemática, consideraremos las relaciones de poder como la característica fundamental de las relaciones sociales. Esto implica, por un lado, una perspectiva relacional del problema que permite ver los diferentes niveles de lo macro a lo micro de las relaciones sociales. Nuestra investigación se centra en el nivel micro, mientras que el nivel macro e intermedio son el contexto de análisis.

Si bien partimos de la relación hegemonía/subalternidad –y sabemos que estos conceptos incorporan y presuponen otros muchos que no pueden ser separados–, vemos la necesidad de desmenuzarlos a efectos de nuestra propia claridad conceptual.

Partimos de una noción de *sociedad* heterogénea, fragmentada, estratificada y desigual. Percibimos a la sociedad como una totalidad estructurada, como un sistema de relaciones recíprocas entre los grupos sociales, sabiendo que estas relaciones alojan entre sí elementos dinámicos, contradictorios y conflictivos.

Entendemos a la *cultura* como “estructuraciones provisorias constituidas a través de prácticas sociales que operan en condiciones de asimetría dentro de un proceso de transacciones constantes” (Menéndez 2002:135). También tenemos en cuenta que todo lo que constituye nuestra materia de reflexión y práctica social es una construcción hecha por sujetos que están históricamente situados (Berger y Luckman 1973).

Una vez que hemos definido los conceptos básicos, trataremos de explicitar desde una perspectiva socioantropológica cuáles son los conceptos que van a permitir el análisis que hemos propuesto realizar.

Es a través del concepto de *hegemonía* de Gramsci que entendemos las relaciones entre los distintos modelos médicos que plantea Eduardo Menéndez. Raymond Williams resume la insistencia en el holismo retoman-

do el concepto de hegemonía de Gramsci: “La hegemonía va más allá de la cultura en su insistencia por conectar el proceso social total con distribuciones específicas de poder e influencia. Decir que los hombres definen y forman sus vidas enteras es cierto sólo en abstracto. En cualquier sociedad real hay desigualdades específicas en medios y, por lo tanto, en capacidad para darse cuenta de este proceso [...] Gramsci introduce el necesario reconocimiento del predominio y la sujeción en lo que todavía, sin embargo, tiene que ser reconocido como un proceso total” (Williams 1977:108-109).

Gramsci define el *sistema hegemónico* como una realidad histórica, cuyos elementos constitutivos están ordenados en una vinculación particular, extendida espacialmente en un territorio de límites definidos en los que coexisten una unidad lingüística, cultural y económica, y cuyo factor de cohesión es el poder político, siendo la hegemonía el proceso de organización capaz de articular distintos niveles de la praxis, dirigiéndolos hacia una finalidad política definida (Williams 1977).

Los conceptos de *hegemonía/subalternidad* reconocen la existencia de “desigualdades socioeconómicas pero también de diferencias culturales, incluyendo como parte sustantiva la dimensión simbólica que interviene favoreciendo la cohesión/integración de los diferentes sectores, opacando las causas que establecen las desigualdades y la dominación o promoviendo procesos de oposición o de diferentes tipos de transacciones que posibiliten el desarrollo más o menos autónomo de los sectores sociales subalternos” (Menéndez 2002:312).

El concepto de *transacciones* de Menéndez permite ver las relaciones entre todos los saberes médicos en tanto permite “una descripción de las articulaciones en el nivel consciente, pero también en los niveles no conscientes e inconscientes, que operan en las relaciones generadas en los estratos dominantes y subalternos [...] el concepto refiere siempre a situaciones en las cuales ya está dado un juego de relaciones sociales, económicas e ideológicas, y de las cuales se puede abstraer la estructura dominante en dichas relaciones” (Menéndez 1981:376).

Para nuestro trabajo con la población quechua, explicitaremos el concepto de *grupo étnico* siguiendo a Miguel Bartolomé, que une la definición de Barth (1976) sin abandonar la definición tradicional de grupo étnico. Bartolomé define al grupo étnico como tipos organizacionales específicos, cuyos rasgos críticos serían los mecanismos de auto-adscripción y de adscripción por otros en el proceso de interacción social. Este autor considera que lo

organizacional no puede ser separado de lo cultural. La *identidad étnica* es la forma ideológica de las representaciones colectivas de un grupo étnico, en tanto la *conciencia étnica* es una forma ideológica de representaciones colectivas que implica relaciones intra-sociales. La conciencia étnica no se realiza por oposición, sino en la relación entre nosotros, y es el resultado de la relación del grupo con su historia (Bartolomé 1987, 1997:77).

Para poder comprender de qué modo se articulan las diferentes prácticas de atención de la salud/enfermedad, es preciso que delimitemos algunos aspectos:

En primer lugar y para el propósito de esta investigación, definiremos el concepto de *medicina tradicional*. Partimos, para ello, de la crítica que efectúa Menéndez a aquellas visiones que separan lo “tradicional” y lo científico como polos en oposición. Pese a esto se preservará el uso del término ‘medicina tradicional’, en la medida en que nuestro interés está puesto en la articulación de las distintas prácticas y saberes, en tanto ambas se interrelacionan en el propio núcleo de la vida social.

A los terapeutas en el área de la biomedicina los llamaremos *médicos*, entendiendo por tales a las “personas habilitadas para curar luego de haber obtenido un título profesional y/o académico en una escuela legitimada por el Estado, que a su vez lo habilita excluyentemente para ejercer dichas funciones curativas”. Estas funciones curativas han sido caracterizadas por su biologicismo, ahistoricidad, pragmatismo, mercantilismo y asociabilidad (Menéndez 1981).

A los terapeutas de la medicina tradicional los denominaremos *terapeutas tradicionales*, para definir aquellas personas, generalmente adultas y pertenecientes a la comunidad donde ejercen, a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades y facultades para curar, que diagnostican las enfermedades conforme una idea de causalidad que es compartida por el grupo, y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas las distingue claramente de los terapeutas de la medicina institucional (Zolla *et al.* 1992).

Para analizar los saberes y las prácticas de los diferentes terapeutas tradicionales, del saber popular y del saber médico, utilizaremos los conceptos de prácticas y representaciones sociales.

Por *prácticas* entenderemos los “modos de acción, organización y respuesta de los actores involucrados en las actividades de salud referidos al proceso de salud-enfermedad” (Grimberg 1997). Las prácticas deben ser entendidas, siguiendo a Menéndez, como un proceso dinámico cuyos parámetros son el padecimiento, las estrategias de acción y las consecuencias de la inte-

gración socio-ideológica, y funcionan a nivel de todos los conjuntos sociales (Menéndez 1981). Al referirse a los modelos de acción comprendidos en las prácticas, Grimberg incluye “tanto las formas espontáneas u organizadas, individuales o grupales, formales o informales” (Grimberg 1991).

Cuando hablemos de *representaciones médicas*, entenderemos por tales aquellas que engloban el conjunto de categorizaciones-prescripciones que organizan las características de las prácticas de los terapeutas. Estas representaciones incluyen “los procesos interrelacionados de percibir, categorizar y significar (otorgar sentido) privilegiando esta última –la significación– como condición básica de todo proceso social” (Grimberg 1997).

Para poder comprender cómo se interrelacionan las categorías mencionadas recurriremos al concepto de *articulación*, enfocado desde la dimensión de la construcción social. Entendemos que “el proceso salud-enfermedad comprende la articulación (como condicionamiento recíproco) entre las representaciones y las prácticas desarrolladas por distintos actores sociales” (Grimberg 1991).

Desde el sistema político, las *políticas sanitarias* son la elaboración, planificación y el desarrollo de una serie de objetivos jerarquizados y de prioridades compatibles, tanto entre sí como con políticas sociales más amplias, que existen en un marco estatal determinado en referencia al sistema sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este sistema sería el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada: personal sanitario y sus procedimientos de formación, instalaciones sanitarias, ordenamiento de los flujos entre servicios, asociaciones de profesionales y de usuarios, y recursos económicos (Mestre 1982). Para concluir, explicitaremos las hipótesis que han guiado esta investigación:

- 1) El personal sanitario de la ciudad de Potosí considera la cultura popular como “desconocimiento” e impedimento para conseguir mejorar la salud de la población, ya que consideran que los aspectos culturales son los que más imposibilitan provocar cambios en los índices de morbilidad y mortalidad de la población.
- 2) Los saberes maternos constituyen el principal eje de articulación entre los diferentes saberes referidos al proceso de salud/enfermedad/atención. A pesar de las distintas racionalidades los saberes pueden aparecer como complementarios, contradictorios y/o conflictivos, pero forman parte de unas prácticas que para ellas acaban siendo operativas y funcionales.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo especialmente con el personal de salud de los centros de atención primaria, pero también con terapeutas tradicionales, pastores evangélicos y madres de bajos recursos económicos de la ciudad de Potosí. Seleccionamos esta unidad de análisis ya que estos actores sociales son los representantes de los distintos sistemas de salud que se encuentran dentro de lo que denominamos atención primaria, objetivo principal de esta investigación.

La investigación comenzó en el mes de marzo del 2004, con la realización de un trabajo de campo que pretendía dar cuenta de las problemáticas más importantes de salud de la ciudad de Potosí a través de las representaciones del personal sanitario de los centros de atención primaria, así como de las representaciones y las prácticas de los terapeutas tradicionales, los pastores evangélicos y las madres de bajos recursos⁶ de un barrio seleccionado en la ciudad.

A través del conocimiento de las problemáticas más importantes en el ámbito de la salud de la ciudad de Potosí trabajamos los cursos de capacitación para el personal sanitario, no sólo a través de lo que el personal sanitario reconocía como problemas (tanto laborales como de relación con la comunidad), sino también de las problemáticas reconocidas por la comunidad a través de las madres, los terapeutas tradicionales y los pastores evangélicos.

Esta investigación se construyó en dos fases bien diferenciadas, una primera encuadrada dentro de un proyecto financiado por la Unión Europea (programa @lis)⁷, cuyo objetivo era capacitar al personal de salud de atención primaria a través de educación a distancia. Para ello en esta primera fase el objetivo principal fue indagar sobre las necesidades del personal sanitario, a través del conocimiento de su realidad y las necesidades que la comunidad demandaba en cuanto a un mejoramiento en la formación del personal de los centros de atención primaria. Partimos de la hipótesis de que la existencia de diversos sistemas médicos de atención a la salud en la ciudad no eran reconocidos por el personal de salud, y que los conocimientos médicos de la cultura quechua eran considerados por el personal sanitario como “desconocimien-

⁶ Para la selección de las madres se tuvo en cuenta además del aspecto socioeconómico, la categoría de religión, es decir, las madres fueron seleccionadas por su pertenencia a la religión evangélica, católica o andina, ya que son las religiones más representativas en la ciudad de Potosí.

⁷ El proyecto fue realizado por la Fundación Angello Celli, *per una culture per la salute*.

to” e impedimento para mejorar la salud de Potosí, al mismo tiempo que eran desconocidos por una parte del propio personal de salud.

En esta primera fase de la investigación comenzaron a surgir las categorías e hipótesis que darían sentido a la segunda parte de la investigación. Esta segunda fase, pretendía dar a conocer los sistemas y prácticas médicas de la ciudad de Potosí con el objetivo de realizar propuestas de intervención para la creación de políticas y programas sanitarios en el Municipio.

Las categorías que daban sentido a la realidad que trazábamos eran en un comienzo las de pobreza y etnicidad. Estas dos categorías ayudaban a articular los procesos macrosociales con los procesos más micro: las prácticas de salud de las madres de Potosí. A través del proceso de salud/enfermedad/atención –y, más concretamente, a través de la articulación de los distintos sistemas médicos– pretendíamos abordar el problema de la diferencia en términos de salud, pero sin dejar de lado la diferencia en términos de grupo étnico y las desigualdades y diferencias socioeconómicas.

Las políticas sociosanitarias, así como las características epidemiológicas a nivel nacional las planteamos para acercarnos a los aspectos macrosociales en los procesos de salud/enfermedad. Con respecto a lo local, construimos un acercamiento a los datos de epidemiología sociocultural desde los actores sociales representantes de los sistemas médicos de la ciudad de Potosí. Nuestro énfasis estuvo puesto en los aspectos microsociales y en la relación de los mismos con los más macro, pero siempre vistos como contexto de análisis.

Observamos que gran parte de la población de Potosí se identificaba como perteneciente a un grupo de identidad quechua, pero al mismo tiempo existían otras identidades que se superponían y articulaban en lo que refiere al proceso de salud/enfermedad/atención, como son el género y la religión. Estas identidades, individuales y colectivas permiten fijar un determinado lugar en la estructura social y cultural de cada individuo y del grupo.

En este proceso de recorte de la realidad, partimos de un supuesto de resistencia por parte de la población de Potosí a algunos aspectos del sistema biomédico, así como la resistencia a procesos de aculturación e integración dentro del Estado boliviano. Poco a poco reflexionamos sobre los procesos de cambio y la complejidad del sistema que se concretaba en la relación personal sanitario/paciente.

Interrelacionamos los conceptos de pobreza/etnicidad/marginación y subalternidad en las condiciones y significaciones que se dan en las relaciones de

hegemonía y dominación donde operan. La pobreza la pensamos como desigualdad socioeconómica y no como una cuestión cultural.

Conforme nos adentrábamos en el trabajo de campo precisábamos de otras categorías para analizar y dar significado a la realidad, los procesos de migración constante entre el campo y la ciudad característicos de Potosí, y sobre la urbanización y la aculturación como fenómenos que influyen en los cambios de prácticas médicas y de salud de la población.

La investigación cualitativa

Si bien la metodología cuantitativa puede aportar datos importantes para la interpretación de la realidad de Potosí, en estudios sobre el proceso de salud/enfermedad/atención, la investigación cualitativa representa la mejor manera para establecer una relación entre las representaciones y las prácticas de los conjuntos sociales.

Un diagnóstico de salud con este tipo de metodología permite saber cuáles son los actores sociales necesarios para la aplicación de programas de salud, y para identificar los espacios adecuados para la realización de los programas de educación para la salud, así como el contenido de los mismos.

La representatividad numérica en este tipo de metodología no tiene como fin la representatividad estadística. La calidad de la información cualitativa se encuentra en el rigor metodológico que deben llevar este tipo de investigaciones, y es por ello que esta metodología permite acceder a un tipo de información que no podría obtenerse mediante estudios cuantitativos.

La metodología cuantitativa tiene sentido como marco de un estudio en profundidad y dentro de un trabajo de campo prolongado, pero no es suficiente como único método. El dato estadístico sirve para dar una visión global a través de la cual se pueden describir pautas generales sobre representaciones sociales para determinados aspectos, al mismo tiempo que alerta sobre la presencia de diferentes problemas (socioeconómicos, sanitarios, etc.).

Para esta investigación utilizamos la metodología cualitativa, y sobre estos fundamentos metodológicos seleccionamos aquellas técnicas que consideramos más apropiadas para poder obtener la información que habíamos planteado en el comienzo del trabajo. Para obtener una información fiable,

resultaba imprescindible convivir con la población objeto de estudio, ya que creemos firmemente en la necesidad de la observación directa de las prácticas y su articulación con las representaciones.

Este fue el motivo por el cual nos instalamos en la ciudad de Potosí durante un año. La residencia prolongada permitió realizar observación participante en la vida cotidiana de la ciudad, así como de las prácticas que se llevaban a cabo en el interior de los sistemas médicos.

En un primer momento utilizamos una metodología de investigación-acción, es decir, involucramos a los actores sociales en el proceso de la investigación. Utilizamos la técnica de grupo focal con la intención de trabajar a partir de las problemáticas del personal sanitario, y dejando que el mismo planteara los cursos de capacitación necesarios para mejorar sus condiciones laborales y su relación con la comunidad.

Una vez finalizado el trabajo de los grupos focales –y con el conocimiento de las problemáticas del personal sanitario– comenzamos un mes de observación en un centro de salud, cuyo criterio de selección fue trabajar donde los usuarios fueran tanto de población rural como urbana, para detectar las distintas problemáticas en torno a la salud que se generaban fundamentalmente en la relación personal sanitario/paciente.

Al mismo tiempo que realizábamos observación en el centro de salud, nos volcamos a la comunidad con la intención de realizar entrevistas y observación con los habitantes del barrio. Con la observación dentro de los hogares y las entrevistas pretendíamos comprender, por un lado, la concepción de salud/enfermedad de la cultura quechua; por otro, observar las prácticas maternas entorno a los procesos de salud/enfermedad/atención; por último, obtener información sobre las problemáticas de la población del barrio con relación al sistema biomédico, y en concreto a su centro de salud. Tales aspectos permitirían conocer cuáles eran los cursos de formación necesarios para el personal de salud.

A lo largo del año de trabajo de campo realizamos observación no sólo en los centros de salud y en el interior de los grupos domésticos, sino también con los terapeutas tradicionales y las iglesias evangélicas, con la intención de realizar un análisis integral sobre la situación de salud de la ciudad, fundamentalmente en lo referido a la atención primaria.

La observación y las entrevistas a los terapeutas tradicionales tuvieron como objetivo conocer la medicina tradicional, muy demandada por la población, pero al mismo tiempo resultaba necesario conocer las representaciones de los terapeutas tradicionales con respecto al sistema biomédico, y

entre estas representaciones los cursos de capacitación que deberían ser realizados para el personal sanitario. Mientras, realizábamos entrevistas a diversos terapeutas tradicionales de la zona, asistíamos a sus reuniones y observamos diversas ceremonias rituales.

Las técnicas de investigación

El trabajo, se llevó a cabo en tres etapas bien diferenciadas. La primera consistió en la búsqueda de bibliografía sobre la cultura quechua, y en concreto sobre su concepción de salud/enfermedad. La segunda etapa correspondió al trabajo de campo, con la utilización de diversas técnicas de investigación, fundamentalmente la observación, la observación participante, grupos focales, *conversaciones* y entrevistas semiestructuradas, así como la recolección de fuentes secundarias (datos estadísticos referidos a la población en general, y datos epidemiológicos nacionales, regionales y de la ciudad de Potosí). Durante este periodo se realizó la transcripción de las grabaciones, además de la codificación, clasificación y sistematización de la información. La tercera y última etapa consistió en el análisis e interpretación del material recogido, de acuerdo con los objetivos propuestos.

La *observación participante* se utilizó fundamentalmente para establecer una buena relación con el grupo y observar prácticas con una cierta fiabilidad. Se desarrolló a lo largo de todo el trabajo de campo, permitiendo relacionarnos tanto con el personal sanitario de los centros de atención primaria como con los terapeutas tradicionales y con distintas unidades domésticas. Al mismo tiempo, se realizó observación participante tanto en los hechos más cotidianos como dentro de las iglesias evangélicas, de los consultorios tradicionales y de los centros de salud.

Asimismo, tuvimos la oportunidad de acudir a un encuentro de sesenta terapeutas tradicionales en la zona rural de Sacaca, en el extremo norte de Potosí, donde se reunieron para conformar la delegación de SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional).

En los cuatro últimos meses de nuestra permanencia en Potosí, la observación participante fue mucho más intensa debido a que la relación comenzó a ser más fluida, fundamentalmente con dos unidades familiares. Estas dos familias fueron seleccionadas por ser de bajos recursos económicos, y al mismo tiempo

porque en el interior del hogar convivían diferentes unidades domésticas compuestas por numerosas mujeres de varias generaciones, lo que permitió observar prácticas en el cuidado de los niños, y en el cuidado de los enfermos.

La *observación* se eligió como técnica para obtener un registro de las prácticas y entender al actor y su contexto. Se llevó a cabo en los centros de salud, entre terapeutas tradicionales, y en el interior de unidades domésticas, así como en fiestas populares, huelgas y a lo largo de los distintos acontecimientos que pasaban cada día.

Visitamos todos los centros de atención primaria de salud de Potosí, y cuatro centros de la zona rural en las proximidades de la ciudad. En cada uno realizamos una entrevista grupal para conocer las patologías más importantes, así como las problemáticas de los pobladores y el personal sanitario. Al mismo tiempo, se hizo observación de la comunidad en todas las áreas de salud a través de las visitas domiciliarias que realizaba el personal sanitario, pudiendo de esta manera observar la relación personal sanitario/paciente. Paralelamente, asistimos a todas las reuniones organizadas por las autoridades de salud. Observamos los programas de educación para la salud que son llevados a cabo en las escuelas, en los centros de madres y en la comunidad en general⁸, participamos de un curso de capacitación que la Cooperación Italiana impartió a los “médicos tradicionales”, y observamos al mismo tiempo las actividades de educación sanitaria que se llevaban a cabo en algunos centros de salud, tales como las reuniones de mujeres embarazadas. También participamos de las reuniones de algunos centros de madres que se realizaban una vez a la semana en los diferentes barrios de la ciudad. La observación también se llevó a cabo en las reuniones y eventos relacionados con los terapeutas tradicionales de la ciudad⁹. Esta técnica fue utilizada a lo largo de todo el año, tanto en los centros de salud como con los terapeutas tradicionales, las iglesias evangélicas y, fundamentalmente, con la comunidad en el interior de diversas unidades domésticas.

El trabajo con *grupos focales* permitió conocer las problemáticas del personal de los centros de atención primaria de salud, y detectar cuáles eran

⁸ Asistimos a diferentes actividades de los centros de salud: a las evaluaciones de algunos centros, a la evaluación que se realizó en el mes de agosto sobre los resultados de los últimos seis meses de gestión de los centros de salud de la zona urbana, a la reunión que realizó el Alcalde con la comunidad sobre el programa del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

⁹ Reuniones de médicos kallawayas, reuniones de SOBOMETRA, conferencias de terapeutas tradicionales, y observación en algunos de sus consultorios.

los cursos de formación que ayudarían a resolver sus problemáticas laborales. Para la realización de los grupos focales trabajamos durante dos meses antes de la convocatoria a estas reuniones. El trabajo previo consistió en visitar todos los centros de salud, no sólo para presentar el proyecto, sino también para registrar las problemáticas de cada centro y los datos epidemiológicos más sobresalientes en cada área. Junto con el personal de salud pasamos horas conversando, y fuimos haciendo poco a poco vida cotidiana con algunos de los miembros, asistimos a funerales, bautizos y a todos aquellos acontecimientos importantes que se iban presentando a lo largo de nuestra permanencia en la ciudad. Asistimos a la huelga de hambre en contra de la descentralización de la salud que se llevó a cabo por algunos miembros del personal sanitario de la ciudad y de la zona rural. Cuando la relación con el personal sanitario comenzaba a ser fluida y nuestro conocimiento sobre la realidad aumentaba, convocamos a los diferentes grupos profesionales para la realización de los grupos focales. El proyecto inicial sólo contemplaba la realización de dos grupos focales, uno a los médicos y otro a las enfermeras, debido a que el proyecto estaba dirigido, en un comienzo, exclusivamente a estas dos categorías profesionales.

Decidimos ampliar los grupos focales y realizar un número superior al que estaba planificado, ya que percibimos la necesidad de que los cursos de formación fueran realizados para todo el personal sanitario, y no sólo para el médico y la enfermera. Durante la observación comprobamos que el auxiliar de enfermería quedaba a cargo, en muchas ocasiones, de la atención del centro de salud, y no suele ser convocado para cursos de formación, mientras que los médicos y las enfermeras se ausentan de los centros para realizar cursos de formación o reuniones permanentemente.

Del mismo modo, las trabajadoras sociales del equipo de atención primaria también cumplían un papel importante en la educación para la salud, ya que son las que principalmente llevan a cabo el trabajo en la comunidad. Por este motivo, decidimos realizar cinco grupos focales horizontales: con médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y con Responsables Populares de Salud. A pesar de que estos últimos realizan una labor voluntaria, fue importante incluirlos en esta primera fase del proyecto, ya que son los actores con mayor contacto y conocimiento de la comunidad.

Los resultados obtenidos en los grupos focales confirmaron la necesidad de incorporar a todo el personal de los centros en los cursos de formación, debido a que los cursos pueden ser impartidos para todos los profesionales,

independientemente de la formación y de la jerarquía profesional que tienen los distintos miembros de los equipos de salud primaria.

Las *entrevistas* permitieron registrar las representaciones de los distintos actores sociales que convergían en torno a nuestra problemática. Las entrevistas realizadas¹⁰ fueron semiestructuradas, pero siempre dejando libertad a la creación de nuevas preguntas dependiendo del contexto en el que entrevistábamos. Realizamos un total de treinta y siete entrevistas semiestructuradas, todas en lengua castellana.

A esto se sumaron entrevistas grupales en cada centro de salud (catorce centros de salud urbanos y cuatro centros rurales, aledaños a la ciudad de Potosí), destinadas a conocer las problemáticas de cada centro y de la población que atienden, los datos sobre las patologías más frecuentes en cada área y las representaciones del personal sanitario sobre los otros sistemas de salud no biomédicos.

Las entrevistas se llevaron a cabo en tres espacios bien diferenciados, que abarcaban los diferentes sistemas médicos que se encuentran en la ciudad de Potosí. Los informantes fueron seleccionados de la siguiente manera:

- a) En el sistema biomédico: Diecisiete entrevistas grupales en todos los centros de salud. Una entrevista grupal en el hospital con dos miembros de *Willaquna*¹¹, y dos entrevistas a las farmacias del barrio seleccionado, con la intención de ver si la farmacia era un primer nivel de atención para la población del barrio.
- b) En el sistema médico tradicional: Los informantes fueron seleccionados sobre la base de los cargos que ocupaban dentro de sus instituciones tradicionales, y también aquellos terapeutas tradicionales que nombraban los habitantes del barrio. Se realizaron seis entrevistas individuales a tres terapeutas tradicionales. El objetivo de estas entrevistas era el conocimiento de las patologías populares, de los procesos de salud/enfermedad/atención de este sistema médico, y las representaciones de los terapeutas tradicionales sobre la biomedicina, y, más concretamente, sobre el personal sanitario de los centros de atención primaria.
- c) En el sistema de autoatención: Se realizaron diez entrevistas a diferentes madres habitantes del barrio seleccionado, todas pertenecientes a estratos

¹⁰ Las entrevistas individuales comenzamos a realizarlas a partir del cuarto mes de permanencia en la ciudad, cuando nuestra relación comenzaba a ser fluida con los informantes que seleccionamos.

¹¹ Proceso de Salud Intercultural que se llevaba a cabo en el hospital Daniel Bracamonte de la ciudad de Potosí.

socioeconómicos bajos. Tres de estas entrevistas fueron grupales, con todas las mujeres del grupo familiar (normalmente tres generaciones). Tres de las entrevistas las realizamos con mujeres de religión evangélica, cuatro entrevistas con mujeres de religión católica y tres de religión andina. La mayor parte de la información obtenida en este sistema médico fue a través de *conversaciones* informales a partir de las charlas cotidianas.

- d) En el sistema médico religioso: Se realizaron tres entrevistas a los representantes de salud dentro de las iglesias católica y evangélica pertenecientes al barrio seleccionado: un representante de la iglesia católica de Potosí, un pastor y una pastora evangélica.

Para la obtención de los datos cuantitativos —especialmente los epidemiológicos— desarrollamos diversas estrategias. Por un lado recurrimos a la bibliografía ya existente, y por otro tuvimos que recoger datos de distintos organismos de salud, incluida la Policía Técnica Judicial (PTJ). Nuestra mayor dificultad estuvo en la recopilación de los datos epidemiológicos, debido a que no existe un buen registro de estos datos en Bolivia, y que los registros que existen no presentan un criterio homogéneo de recolección.

Los datos referidos a causas de muerte por suicidio, accidentes de tránsito, homicidios o alcoholismo —entre otros— son registrados por la policía, pero no son tenidos en cuenta en los datos epidemiológicos.

A lo largo de la investigación, en las visitas a los centros de salud y en los recorridos por las distintas zonas de la ciudad, recogimos datos de suicidios en adolescentes que nos sorprendieron por el incremento registrado en los últimos años. Fue así que consideramos importante indagar sobre estos datos que no aparecían en los registros epidemiológicos, teniendo que recurrir a la PTJ para obtener información sobre esta problemática social. Lamentablemente, sólo pudimos acceder a una pequeña parte de estos datos, ya que el tema hubiera implicado una investigación en sí misma.

CAPÍTULO 2

Las políticas sociosanitarias en Bolivia¹

En la actualidad, Bolivia experimenta un proceso de redefinición de sus vínculos con la economía mundial y de reorganización de su estructura productiva, en un marco de profundización de la vida democrática y de reorientación del papel del Estado en la economía. Al igual que otros países en vías de desarrollo, Bolivia muestra características económicas de deterioro tanto político como social, debido a las condiciones de dependencia y subordinación de la vida política nacional e internacional.

En este marco, las leyes más importantes para llevar adelante el cambio del Estado son la Constitución Política del Estado y las siguientes legislaciones: Ley de la Participación Popular, Ley de Descentralización Administrativa, Ley de Municipalidades, Ley de Organización del Poder Ejecutivo, Ley del sistema de administración y control gubernamental, Ley de la Reforma Educativa y Ley del Diálogo Nacional 2000.

La Constitución Política del Estado expresa los derechos fundamentales ciudadanos, dando énfasis a la vida, la salud, la seguridad y la seguridad social.

La Ley de Participación Popular transfiere la infraestructura física a título gratuito y el derecho de la propiedad a los gobiernos municipales, los bienes muebles e inmuebles de los servicios públicos de salud y deportes, hospi-

¹ Las políticas sociosanitarias en Bolivia fueron elaboradas por Elizabeth Cortes Guzmán.

tales de segundo y tercer nivel, centros de salud, puestos sanitarios y campos deportivos. Las Organizaciones Territoriales de Base (OTB) son las encargadas de proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo con las necesidades comunitarias, además de proponer el cambio o ratificación de autoridades de salud y deportes dentro de su territorio.

La Ley de Descentralización Administrativa pretende lograr, a partir de la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo a nivel departamental, un sistema unitario de la República, estableciendo una estructura organizativa que fortalezca la eficiencia y eficacia de la administración pública.

La Ley de Municipalidades, que refleja la autonomía municipal ejercida por el Gobierno Municipal, tiene la potestad normativa, fiscalizadora y ejecutiva.

La Ley de Organización del Poder Ejecutivo es la que establece el diseño estructural y las competencias básicas de los diferentes órganos del poder ejecutivo.

La Ley de Administración y Control Gubernamental, más conocida como SAFCO, incorpora al ordenamiento jurídico administrativo nacional un contenido integral del concepto de la responsabilidad del servidor público, que no se agota en el cumplimiento de las formalidades, procedimientos, empleo o destino de los recursos que le fueron confiados, puesto que también abarca la toma de decisiones por parte de los ejecutivos de las entidades y los resultados obtenidos en el manejo e inversión de los recursos del Estado.

La Ley de la Reforma Educativa tiene entre sus objetivos rescatar y proponer una educación para las mayorías étnicas del país mediante la aplicación de una educación intercultural bilingüe dentro de un proceso participativo y democrático.

La Ley del Diálogo 2000 está referida a los recursos de la deuda externa que el Estado dejará de pagar en el marco de la iniciativa internacional de Alivio a la Deuda de los Países Pobres Altamente Endeudados, que se constituirán en recursos especiales para la reducción de la pobreza, más conocidos como los Fondos HIPC II. Estos fondos son distribuidos de la siguiente manera: 20% para mejoramiento de la calidad de servicios de educación escolar pública, 10% para mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, mantenimiento de la infraestructura del sector, equipamiento, adquisición de insumos y capacitación de los recursos humanos, y 70% para programas municipales de obras de infraestructura productiva y social, en forma reglamentada (Serrano 2001).

Estas leyes legitimaron el nuevo modelo de Estado en Bolivia, desligándose de todo lo social y dando potestad a la Participación Popular para que la población tome en sus manos la resolución de sus necesidades y problemas, planteando políticas públicas que surgen desde abajo hacia arriba, como el Plan Anual Operativo de las Municipalidades, y otros que en muchos casos sólo quedan en los papeles y no en su ejecución. Como señala Iriarte, “Esto ha desarrollado aún más la pobreza en Bolivia, ya que 61,2% de la población es pobre: el 81,7% de los pobres vive en el área rural, el 49,5% de los pobres vive en el área urbana” (Iriarte 2004:295).

El ingreso promedio de los bolivianos disminuyó una sexta parte en los últimos cuatro años. Entre 1998 y el 2002, el ingreso anual per capita se redujo desde 1.057 dólares americanos a tan sólo 882, con una pérdida neta de 175 dólares. Esta drástica caída se origina en la profunda crisis económica que vive el país, y que virtualmente paralizó a los principales sectores productivos como la industria manufacturera, la agricultura, la construcción y el comercio (Iriarte 2004).

Las consecuencias directas de esta drástica reducción del ingreso per cápita han sido funestas para la mayor parte de la población, manifestándose en Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Los cuatro componentes esenciales considerados para el cálculo del índice de NBI son: vivienda, servicios e insumos energéticos, insuficiencia en la educación e inadecuada atención en salud.

De acuerdo con los datos del último censo en el país, un 70,8% de la población tiene espacios insuficientes en su vivienda, y un 39% de los bolivianos las construyeron con materiales inadecuados. Además, un 58% tienen servicios inadecuados de agua y saneamiento, y el 43,7% posee insumos nuevos energéticos inadecuados (Iriarte 2004). Los departamentos de Potosí y Chuquisaca muestran los índices más elevados de insuficiencia educativa con más del 70%; Santa Cruz de la Sierra, Oruro y La Paz reportan mejores niveles en la educación con 43,6%, 47% y 49% respectivamente.

El departamento de Santa Cruz registra únicamente un 6,4% de su población con atención inadecuada en su salud y muestra así el mejor nivel de atención en el país. Al otro lado se encuentra La Paz, con el porcentaje más alto de población que recibe atención inadecuada en salud, 64,9%.

En Bolivia, las mujeres incrementan el número de pobres sobre la base de los siguientes indicadores: trabajan en los empleos más precarios; ocupan las tierras más desprotegidas y, aunque juegan un papel fundamental en el aporte a la producción, no superan el 10 % de los puestos ejecutivos o de poder.

En términos de oferta laboral, las mujeres realizan su ingreso masivo y cíclicamente, y en directa relación con los incrementos de la pobreza urbana. “Se trata de un contingente que sale al mercado laboral en condiciones recesivas y se retira en momentos de expansión” (Iriarte 2004:305).

El desempleo es uno de los principales problemas de la economía boliviana. Debe considerarse el fenómeno del trabajo informal, que absorbe una proporción importante de la oferta de trabajo. Además se percibe un aumento del desempleo, que se constituye en el problema más preocupante para la población.

Políticas sanitarias para los principales problemas de salud

Bolivia es un país con serios problemas de salud causados por la desarticulación geográfica y, sobre todo, por los niveles de inequidad debidos a la marginación y exclusión en la que vive buena parte de su población, lo que también se refleja en la ciudad de Potosí. La pobreza afecta a más del 70% de la población. La cobertura de los servicios de salud es más o menos satisfactoria en la población urbana, no así en la población rural donde mueren de causas evitables como las diarreas, infecciones respiratorias agudas o el parto mal atendido (Torres 2002). Lo mismo ocurre si se observa el índice de necesidades no satisfechas. El agua potable, los servicios de alcantarillado y sobre todo la calidad de las viviendas, que mejoran en las ciudades pero se mantienen en lamentables condiciones en extensas áreas rurales, donde se concentran con mayor fuerza el paludismo, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis y una serie de enfermedades transmitidas por vectores.

En el año 1938, se creó el Ministerio de Higiene y Salubridad, y desde 1956, con la promulgación del Código Nacional de Seguridad Social. En el periodo de transición hacia la democracia se reactiva la necesidad de aplicar como estrategia la atención primaria, aprobada en Alma Ata en 1978, junto con la regionalización y el fortalecimiento de la gestión.

Veamos cuales fueron los elementos más importantes de las políticas de salud en Bolivia, desde los años 80 hasta nuestros días:

- a) La política de salud en el gobierno de la Unidad Democrática Popular (UDP - 1983).

Antes de 1983 los planes de salud en Bolivia no habían llegado a superar la práctica asistencialista con orientación exclusivamente biológica.

En el periodo de profundos cambios revolucionarios, 1952, se formuló una política de salud que rompía con los enfoques anteriores, al afirmar que “se concibe la salud como un proceso histórico-social, enmarcado en nuestra realidad histórico social, producto de la interacción entre la población y los niveles de vida y las relaciones de producción de la sociedad boliviana” (Mendizábal 1989; en Torres 2002), y que “la defensa de la salud involucra un cambio cualitativo que se proyecta al ámbito de las relaciones sociales de producción y se inserta en la lucha social por el logro de reivindicaciones que buscan mejorar la calidad de vida y por lo tanto la salud” (Torres 1989, en Torres 2002:7).

Estas dos afirmaciones lograron rápida aceptación en los sectores populares, profesionales y en los medios de comunicación. Para responder a las áreas críticas establecidas se plantearon siete líneas de fuerza:

“1. Organización del Ministerio por núcleos funcionales, 2. Sistema de Planificación y Desarrollo, 3. Sistema Administrativo, 4. Sistema de Atención Médica, 5. Prioridades en Medicina Preventiva, 6. Saneamiento Básico y 7. Participación Popular” (Torres 1985, en Torres 2002:8).

En Bolivia, los Comités Populares de Salud; la participación popular fue claramente planteada como una movilización social, simultáneamente como requisito para afianzar una democracia incipiente y como mecanismo de distribución de recursos para conquistar mayores niveles de bienestar. “De inicio la participación no fue planteada como una estrategia para, sino como un derecho, ganada a las dictaduras por la democracia, y se insistió en que este derecho no se compra ni se mendiga sino que se conquista” (Torres 1985, en Torres 2002).

Hay quien afirma que el período de recuperación democrática permitió la alta eficacia de los Comités Populares de Salud, pero actualmente es preciso reemplazarlos por recursos técnicos y organizaciones de mayor garantía. Es innegable que las condiciones en que se inició la recuperación democrática en el país fueron las que permitieron los avances de las movilizaciones populares en la defensa de la salud.

En 1983, el gran movimiento social participativo que se generó junto con la recuperación de la democracia permitió terminar con viejos tabúes. Gracias a la aplicación de la Atención Primaria se logró reducir la tasa de mortalidad infantil casi en un 75% en el período de 10 años, llegando

a ser de 75 por mil en 1992 (Torres 1985, en Torres 2002). La característica de un país multicultural y plurilingüe constató que el parto domiciliario es la principal estrategia de atención que asume la población, en especial de las áreas peri urbanas y rurales. Familiares y parteras empíricas atienden alrededor del 80% de los partos que suceden en domicilio. Esta fue una preocupación en el marco de la atención primaria, y debido a ello la partera empírica se consideró como un recurso humano de apoyo a los servicios de salud, pues contribuye una vez capacitada a extender la cobertura del “parto limpio”².

Debido a estos antecedentes, en el departamento de Potosí –y en toda Bolivia–, se inició una capacitación, seguimiento y supervisión a parteras empíricas con el objetivo de lograr que la partera mejorara la atención del parto del recién nacido y de la puérpera en domicilio; todo esto sobre la base de las normas y procedimientos del Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materno, que hacia hincapié en la participación de la comunidad en la atención de los problemas de salud.

b) La política de salud en el gobierno de la Unidad Nacional (1993).

La gestión de gobierno 1993-1997 dio prioridad a la mortalidad materna y perinatal (Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del menor de 5 años), influida por las orientaciones sobre este tema desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): “El Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas fue aprobado mediante la XVII Resolución de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington D.C., en septiembre de 1990, por la Declaración Andina para una Maternidad sin Riesgos, enunciada en Santa Cruz de la Sierra en abril de 1993 y por las implicancias derivadas de los indicadores de salud del país” (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública 1994:30).

Esta gestión definió reglas y normas precisas para la atención integral de la mujer. Normas Bolivianas de Salud para la “Atención de la Mujer y al Recién Nacido en Institutos de Maternidad y en hospitales Departamentales”, y para la Atención a la mujer y al recién nacido en Puestos y Centros de Salud y en hospitales de Distrito (1996), y avanzó con la

² Condiciones mínimas de higiene en el momento del parto.

formulación de orientaciones técnicas sobre planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluida la prevención del VIH/SIDA (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública 1994). La política de este período también retomó la Atención Primaria entendida como asistencia sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que le sean aceptables. La Atención Primaria de Salud implicó en este período encarar la organización del sistema por niveles de complejidad, haciendo hincapié en el primer nivel, que garantiza la accesibilidad económica, cultural y geográfica de la población, basada en los principios de equidad, eficiencia y eficacia. Además se proponía contar con la posibilidad de acceso a todos los niveles de atención, contando con los mecanismos de referencia y contra-referencia de acuerdo con conceptos de enfoque de riesgo (Alma Ata 1978).

Se estructuró el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), concebidos como estrategias operacionales para acelerar el proceso de transformación del sistema nacional de salud, viabilizando un modelo de gestión que propiciara la toma de decisiones en los niveles periféricos de la organización, para lo cual era requisito una efectiva regionalización y descentralización (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública 1994). Los SILOS corresponden a los Distritos de Salud, base del rediseño territorial y administrativo del sistema de salud, para permitir una articulación de los recursos materiales y humanos disponibles, y una mutua toma de responsabilidades con la población, favoreciendo el desarrollo de la programación local y una evaluación social a través de la participación comunitaria.

Para la participación comunitaria se planteó el pilar de la gestión social, como sostén e impulso a la participación comunitaria en todas las instancias del proceso decisorio y de gestión, para lo que se necesitaba la participación amplia y responsable de diferentes organizaciones comunitarias, institucionales, científicas, profesionales, no gubernamentales, universitarias, religiosas, etc. (Convenio Docente Asistencial)³. En el nivel operativo, la participación comunitaria se reflejó a través del Responsable Popular de Salud (RPS), que debía llevar adelante las acciones consideradas fundamentales en la salud de la madre y el niño.

³ El Convenio Docente Asistencial reguló las prácticas de estudiantes universitarios en los diferentes niveles de salud, aunque antes se daba énfasis al área de medicina, se amplió la cobertura a otras carreras, no específicamente del área de salud.

Los logros relevantes de este periodo se dieron a través de la participación comunitaria, especialmente en los centros urbanos, con las movilizaciones populares para el control de los daños de trascendencia en la mortalidad infantil, tales como la poliomielitis, el sarampión y las diarreas.

No obstante la importancia de la participación comunitaria, la red de servicios atravesó uno de sus periodos más críticos; pues si bien se incrementaron los servicios de primer nivel de atención, estos se encontraban desarticulados de los niveles secundario y terciario debido a una concepción parcial de la misma estrategia de atención primaria.

Esta situación se mantuvo casi inalterable durante las gestiones 1985-1989. A partir de la propuesta política económica de descentralización de los servicios de salud y educación generada en 1989 surgió la urgente necesidad de establecer mecanismos para recuperar al sector social dentro de la política económica.

c) La política de salud en el gobierno del Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR, 2003)

Las ofertas electorales de los partidos del Gobierno 2002-2007 establecieron la necesidad de enfrentar la crisis económica tomando en cuenta los determinantes internos y externos que la generaron. Se desarrolló el Plan Bolivia, incluyendo políticas que buscan poner a Bolivia en el camino de la recuperación económica y social en forma estructural generando varios procesos que se basan en el concepto “democrático participativo de libre mercado” con expansión de las libertades reales (Política Nacional de Salud 2003). El Estado plantea diferentes estrategias para enfrentar la marginación y la exclusión social –incluyendo las que afectan al sector salud–, modificando las estructuras administrativas del Estado para que la gestión, administración y la aplicación de políticas generen procesos duraderos de evolución de la sociedad boliviana hacia una mejor calidad de vida.

El gobierno ha priorizado el ordenamiento económico nacional estableciendo mecanismos que garanticen que los réditos de la capitalización de las empresas beneficien directamente a la comunidad, especialmente a la más vulnerable, tal es el caso de los ancianos que recuperan su derecho al BONOSOL⁴, y utilizar los recursos de alivio a la deuda externa –como

⁴ El BONOSOL es un bono solidario que se concede en forma anual a todas las personas mayores de 65 años. Su monto es de 1.800 bolivianos. En el año 2004, ocho bolivianos correspondían a un dólar americano.

son los recursos del HIPC II⁵— en acciones sociales concretas y dirigidas al mejoramiento de grupos vulnerables como es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

La descentralización está orientada a fortalecer los espacios municipales profundizando la Ley de la Participación Popular, además de fortalecer la participación de la comunidad a través de estructuras institucionalizadas que articulen las necesidades con las capacidades, para lo cual se creó el Ministerio de Desarrollo Municipal, encargado de conducir la estrategia de descentralización y participación popular en los territorios municipales, velando por el fortalecimiento de los gobiernos locales, y mejorando sus capacidades administrativas. La nueva política nacional de salud es resultado de todas las experiencias anteriores. Esta política tiene dos campos: el de la salud pública propiamente dicha y el de los servicios de atención médica. El primero está a cargo de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES); y el segundo, bajo la responsabilidad del Directorio Local de Salud (DILOS) de cada municipio, que desarrolla los servicios en gestión compartida con los SEDES y con la activa participación popular (Ministerio de Salud y Deportes 2003).

Los objetivos de esta nueva ley son la atención gratuita, integral, en todas las patologías que se pudieran presentar en las mujeres embarazadas, durante su embarazo y hasta seis meses después de terminado éste. Al mismo tiempo, se ofrece atención sin costo a todos los niños menores de cinco años en todas las patologías que pudieran presentar, incluyendo en ambos casos cirugías, pruebas diagnósticas y medicamentos en todos los niveles de atención (Ministerio de Salud y Deportes 2003).

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva constituye otra prioridad que atraviesa transversalmente a todos los programas en todos los servicios, y que es además un componente importante para optimizar las prestaciones del SUMI⁶.

⁵ HIPC II son los fondos provenientes del Alivio a la Deuda Externa.

⁶ El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) no cubre todas las patologías, como ortesis y prótesis—ortodoncia, cirugía estética, quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia, transplante de órganos y tejidos, diagnóstico y seguimiento de cromosomopatías y otros síndromes dismórficos, rehabilitación de parálisis cerebral infantil, y otras malformaciones congénitas no especificadas en la lista de prestaciones.

La estructura del sistema de salud en Bolivia

Los DILOS (Directorio Local de Salud) son la máxima autoridad de salud en toda el área territorial del municipio. En cada municipio o en la mancomunidad de municipios se organiza un DILOS integrado por una representación tripartita formada por el alcalde y los representantes del SEDES y de la comunidad. Sus funciones no se limitan a mejorar los servicios de atención médica curativa; al encargarse del fomento a la promoción y prevención, deben también impulsar la activa participación de la comunidad en todos los establecimientos de salud (Ministerio de Salud y Deportes 2003).

En cada DILO se forma una red de establecimientos de salud integrado por todos los puestos, centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel que existen en cada municipio, a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia desde el primer al tercer nivel de atención. A partir de los establecimientos del primer nivel, se promueve la organización de comités, con representantes de las organizaciones territoriales de base que existen en el área de influencia de cada establecimiento, lo que constituye la red social.

En la gestión de gobierno 1989-1993 se priorizó la atención a la mujer y al niño con la aplicación del Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo y Salud Materna. Este modelo de atención se caracterizó por la administración, planificación, organización, dirección y control de la prestación de los servicios de salud.

En la gestión de gobierno 1993-1997 se produce el cambio del Ministerio de Salud a Secretaría Nacional de Salud, como parte del Ministerio de Desarrollo Humano, y a nivel departamental como Secretaría Regional de Salud. En este periodo se dio prioridad a la mortalidad materna, perinatal, con el “Plan vida”, cuyo objetivo principal es la reducción acelerada de la mortalidad materna y del menor de 5 años.

El Plan Estratégico de Salud (PES) de lucha contra la pobreza es el principal instrumento para la actual gestión. Los pilares del PES son el Seguro Básico de Salud (SBS), la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico y los programas prioritarios de salud, como el programa de atención integral a la mujer, la salud sexual y reproductiva y la atención integral del adolescente. A partir del año 2002, el Ministerio de Salud cambia su nombre por el de Ministerio de Salud y Deportes. El nuevo modelo de gestión en vigencia para todo el Sistema Nacional de Salud compromete a todos los esta-

blecimientos públicos y de la Seguridad Social de corto plazo, Iglesia, instituciones privadas con y sin fines de lucro, y terapeutas de la medicina tradicional, todos regulados por el Ministerio de Salud y Deportes.

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión: nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD); departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura; municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS); y local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y la brigada móvil como nivel operativo (Ministerio de Salud y Deportes 2003:54).

El Ministerio de Salud y Deporte es el órgano rector y normativo de la gestión en salud en el ámbito nacional y formula estrategias, políticas, planes y programas nacionales, dictando las normas para el Sistema Nacional de Salud. El Servicio Departamental de Salud es el articulador de las políticas nacionales y de la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de salud en el departamento y es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y las normas de orden público en su jurisdicción territorial.

El gobierno municipal es el responsable de la administración de las cuentas municipales de salud, a través de la gestión compartida de DILOS, y a través de un comité de vigilancia. El Directorio Local de Salud está conformado por el Alcalde o su representante, quien preside, el director técnico del SEDES o su representante, y el representante del Comité de Vigilancia (Juntas Vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus usos costumbres o disposiciones estatutarias).

Entre sus funciones y atribuciones, el DILOS constituye la máxima autoridad en la gestión con participación popular en salud, en cada uno de los municipios, para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud, la implantación del SUMI y la aplicación de programas priorizados por el municipio; debe ejecutar la gestión con participación popular de salud en su ámbito municipal, armonizando la planificación participativa municipal con la sectorial para garantizar la prestación de todos los servicios de salud, y el desarrollo de programas de atención integral y el SUMI, en el marco del ejercicio del derecho a la salud, basado en la interculturalidad, la equidad de género y la inclusión social; debe promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud, en el marco de regulaciones y convenios en vigencia (Ministerio de Salud y Deportes 2003).

Las Redes Sociales de salud están constituidas por las Organizaciones Territoriales de Base y por un conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano y rural de acuerdo a sus usos, costumbres y disposiciones estatutarias. El Gerente de Red es la autoridad ejecutiva dependiente del DILOS, y es el responsable técnico de su funcionamiento (Ministerio de Salud y Deporte 2003).

El Servicio Departamental de Salud de Potosí (SEDES)

El Servicio Departamental de Salud Potosí está bajo la responsabilidad de un director técnico, y tiene bajo su dependencia cuatro departamentos: Planificación de Salud, Prevención y Control de Enfermedades, Desarrollo de Servicios de Salud, y Administración y Finanzas. De acuerdo con las estadísticas del SEDES, en el 2004 funcionan en el departamento de Potosí 385 servicios de salud pertenecientes al sector público, 36 de la Seguridad Social, 9 pertenecientes a organizaciones no gubernamentales, 5 a la iglesia y 5 al sector. En total, el SEDES se estructura en 10 Redes de Salud: Betanzos, Cotagaita, Ocurí, Potosí Urbano, Puna, Sacaca, Tupiza, Uncía, Uyuni y Villazón. En estas Redes, que abarcan a los 38 municipios, funcionan dos tipos de establecimientos de salud: los centros de salud, con un total de 110 establecimientos para todo el departamento, atendidos por un médico, y 289 puestos sanitarios, atendidos por auxiliares de enfermería. En la ciudad de Potosí funcionan actualmente dos hospitales de tercer nivel, el hospital Daniel Bracamonte y el hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud, y un hospital de segundo nivel, el hospital de Concepción. En el área rural funcionan tres hospitales de segundo nivel en las ciudades de Tupiza, Villazón y Llallagua.

Los programas específicos del Servicio Departamental de Salud Potosí son: el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y los de Chagas, Malaria, Zoonosis, Tuberculosis, Salud Ambiental, Atención al Menor (AIEPI) y Nutrición.

Cada servicio de salud debe reportar mensualmente al SEDES Potosí y al Servicio Nacional de Información de Salud (SNIS) las coberturas de vacunación, de neumonías, de control crecimiento y desarrollo, de control prenatal, de atención de partos, y de administración de sulfato ferroso en menores de 5

años, el estado nutricional, administración de vitamina A, la vacunación anti-tetánica a mujeres en edad fértil, planificación familiar y PAP, la consulta externa en menores y mayores de 5 años. Además, deben reportar las aplicaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el funcionamiento de las redes sociales, y de los programas de tuberculosis, chagas y malaria, y de vigilancia epidemiológica de tosferina, zarcoposis, rubéola, sarampión, cólera, meningitis e infecciones de transmisión sexual.

Los programas de salud en Potosí

Estas políticas sanitarias están basadas en los datos epidemiológicos recogidos a nivel nacional, que no alcanzan a representar el total de las necesidades locales del departamento y municipio de Potosí. Los programas específicos de prevención llevados a cabo para la mejora de la salud de la población de Potosí se basan en las directrices generales de las políticas sanitarias bolivianas.

Los fenómenos de pobreza y la exclusión social de los habitantes provienen de los procesos de precarización tanto de origen económico como por los cambios en los modos de vida que actúan tanto sobre las trayectorias familiares como las individuales (problemas de género, inserción de los jóvenes, etc.). Algunos sectores del sistema sanitario aplican programas específicos destinados a la población de Potosí, estos se encuentran extremadamente focalizados en patologías específicas o en los programas de atención materno-infantiles, en general en actividades de prevención, que constituyen las problemáticas más preocupantes para los representantes de la biomedicina. Sin embargo, en la ciudad existen otros problemas además de la salud materno-infantil, como son, por ejemplo, las condiciones laborales de los mineros, uno de los trabajos más importantes en la localidad.

Como destacaba una trabajadora social: *Existen más viudas que viudos en la ciudad de Potosí*. Las muertes en las minas representan un número considerable de fallecimientos al año. Según relata un minero:

Mueren en la mina unos 800 mineros por año, la semana pasada murieron dos, en este mes ya van veinte muertos. Pero a nadie le importa la muerte de un minero... Y después están los accidentes que son muchos más. Cuando muere un minero la

empresa le paga unos 200 bolivianos a la viuda y ahí se acaba todo. Porque muchos estamos sin asegurar... y las viudas se quedan sin nada, apenas pueden pagar el entierro.

Estas problemáticas de salud pública —que en Potosí deberían presentar programas también específicos de acción y prevención— no están contempladas en las estadísticas oficiales, por lo tanto no forman parte de las políticas sanitarias, ni de los consiguientes programas. Resulta evidente la necesidad de contar con estudios en profundidad que permitan diseñar estrategias de acción locales que incidan en todas las problemáticas, no sólo en las referidas a la mujer y al niño, ya que en esta priorización de género se están dejando de lado importantes aspectos para la mejora de la salud integral de la población de Potosí.

CAPÍTULO 3

La población de Potosí

El departamento de Potosí está ubicado al sudoeste de la república de Bolivia. Limita al norte con los departamentos de Oruro y Cochabamba, al sur con la república Argentina, al este con los departamentos de Chuquisaca y Tarija, y al oeste con la república de Chile. Con una extensión de 118.218 km² divididos en 16 provincias y 301 cantones, el departamento de Potosí cuenta con una población de 709.013 habitantes (341.191 hombres y 359.998 mujeres). Es uno de los departamentos donde la población rural todavía supera a la urbana, ya que un 33,72% reside en las zonas urbanas y casi el doble (66,28%) en las áreas rurales. La estructura poblacional por nivel etéreo muestra que algo más de la mitad (50,87%) tiene menos de 20 años, el 41,6% está en el grupo de edad de 20 a 64 años, y apenas el 7,17% se encuentra en el grupo de 65 años o más (INE 2003).

Los idiomas más hablados en el departamento son el quechua, el aymara y el castellano. En el área urbana el más frecuente es el castellano, mientras que el quechua lo es en el área rural. De acuerdo con el último censo, un 75% de la población se identifica con alguna cultura indígena, principalmente la quechua. La tasa de analfabetismo departamental –a partir de los 15 años– alcanza al 38,19%. En el área rural, dicha tasa muestra mayor incremento que en el área urbana (INE 2003).

En 1976, la tasa global de fecundidad era de 7,2 hijos por cada mujer en edad fértil; en 1992 fue de 6,1, y en el año 2001 disminuyó al 5,7. En el área

urbana, la tasa global de fecundidad que para 1976 era de 6,7, disminuyó al 5,3 en 1992, llegando en el año 2001 al 4,0. En el área rural, la tasa de fecundidad es mayor con respecto al área urbana: en 1976 era de 7,4 y en 1992 bajó a 6,4 para aumentar en el 2001 a 6,6 (INE 2003).

De acuerdo con los datos del Censo 2001, en el departamento de Potosí se observa que de 162.187 partos declarados por mujeres de 15 a 49 años o más, 49.796 se atendieron en establecimientos de salud, en tanto que 99.019 se atendieron en domicilios, y 4.817 en otros lugares. En el área urbana, de 53.555 partos, 36.165 se atendieron en establecimientos de salud, 15.101 en domicilios, y 1.019 en otros lugares. En el área rural, sobre 108.632 partos, la mayor parte (83.909) fueron atendidos en domicilio, 13.631 en establecimientos de salud, y 37.983 en otros lugares (INE 2003).

Otro dato importante es el factor ocupacional, ya que a raíz de las medidas aplicadas por el modelo neoliberal la tasa de desempleo en el departamento de Potosí se incrementó de un 42,21% en 1992, a un 50,65% en 2001 (INE 2003).

La disponibilidad y acceso a los servicios básicos como alcantarillado, luz o agua potable responden a los siguientes porcentajes: en el área urbana, 91% cuenta con energía eléctrica; 86,55%, con agua por cañería de red; y 73,22%, con servicio sanitario, en tanto que en el área rural, sólo el 15,08% dispone de energía eléctrica, el 23,07% tiene agua por cañería de red, y el 15,32% tiene servicio sanitario (INE 2003).

La organización social de las comunidades andinas se caracteriza por la coexistencia de formas arraigadas en la historia y la cultura regional, las mismas que se constituyen en el sustrato político de la comunidad. Estas son el ayllu, y las modernas organizaciones de la clase obrera –sobre todo las aportadas por el proletariado minero– y territoriales –como las juntas de vecinos–. La mayor parte de la población rural está organizada en ayllus, una estructura tradicional propia de las comunidades aymaras y quechuas que se remonta al período incaico. Está constituida por poblaciones que se unen por parentesco, dirigidas por miembros de la comunidad que toman turnos y supervisan las actividades de agricultura, ganadería, construcción de viviendas, distribución de agua y otras necesidades de la comunidad, como la justicia.

Ubicada en las faldas de la Cordillera Oriental de los Andes, a 4.070 metros sobre el nivel del mar, la ciudad de Potosí es una de las más altas del mundo, y una de las más antiguas de Bolivia. Potosí se ha ido “ruralizando” en los últimos veinte años. Cada vez es más poblada por habitantes de la zona rural que

vienen a instalarse en la ciudad, por lo general para encontrar trabajo en las minas, mientras que otros buscan mejorar temporalmente sus condiciones de vida, con la intención de regresar después de un tiempo a la zona rural. Las áreas de la ciudad que más se han ruralizado son las zonas altas –dedicadas a la minería–, existiendo nuevos asentamientos semi-rurales en las lomas de los cerros, algunos de los cuales no poseen agua potable ni alcantarillado.

La ciudad carece de una industria desarrollada. No posee fábricas importantes, salvo la Cervecería Nacional Potosí, y algunas pequeñas dedicadas a la producción de fideos, velas, cerámica, ladrillos, estuco y yeso. Una parte del movimiento económico de la ciudad es generado por las instituciones públicas y algunas privadas, que proveen empleos y disponen de una planilla mensual determinada.

Según los datos del INE la población total del Municipio es de 145.057 habitantes. La tasa de fecundidad es de 4,0; la de mortalidad infantil, de 115 x 1000 nacidos vivos; la desnutrición en menores de 3 años, de 33,2%; y la esperanza de vida al nacer promedio es de 57 años (hombres 55 y mujeres 59). El analfabetismo alcanza al 23% para los hombres y al 51% para las mujeres, con un índice de asistencia escolar del 71,4%. Un 21,6% de la población cuenta con acceso a servicio sanitario, un 32,3% tiene acceso a redes de agua por cañería, y sólo un 35,9% tiene acceso a la energía eléctrica¹. El 80% de los habitantes se encuentra en situación de pobreza, y el ingreso promedio anual per cápita es de 438 dólares (INE 2003).

Estas cifras muestran que la población potosina presenta un fuerte deterioro en sus condiciones de vida, debido principalmente a la falta de una buena infraestructura social que le permita satisfacer sus necesidades básicas. El 87,4% de las viviendas no cuenta con las condiciones mínimas de provisión de agua, servicios sanitarios y/o eliminación de excretas; un 67,8% de las viviendas no está provista de energía eléctrica y/o un adecuado combustible para preparar los alimentos, y 66,4% están construidas con materiales de mala calidad. El 67,3% de las familias vive en condiciones de hacinamiento, y un 57,9% no atiende su salud de manera adecuada. Un 77,8% tiene algún problema educativo en asistencia escolar, nivel de instrucción y/o alfabetismo.

Con respecto a la actividad económica, los grupos de actividad del comercio, minería y enseñanza son los más importantes y aglutinan al 55,2% de la

¹ Esta aparente incongruencia (35,9 contra 91% en materia de cobertura eléctrica) se debe a que el municipio de Potosí comprende tanto un área urbana como una rural.

población. El 37% está distribuido en actividades de construcción, hotelería y transporte, administración pública, enseñanza y hogar privado. El resto lo constituyen personas que se desempeñan en las actividades de agricultura, energía, actividades comunitarias y empresariales. El ingreso promedio es de 968.03 bolivianos (un equivalente de 123.03 dólares americanos), siendo el desempleo uno de los grandes problemas de la ciudad. La relación de la Población Económicamente Activa entre la población de edad de trabajar, resulta una Tasa Global de Participación (TGP) de 48,8% (Plan de Desarrollo Municipal Potosí-Bolivia, 2004).

Hasta el año 2000, la dotación de agua se efectuaba únicamente gracias a las lagunas de la ciudad, construidas a fines del siglo XVI, algunas de ellas refaccionadas y acondicionadas hace algunos años para su funcionamiento. Éstas son receptoras de las aguas del período de lluvias, que son almacenadas y posteriormente distribuidas durante todo el año. El agua proveniente del sistema de las lagunas está destinada básicamente para el uso doméstico e industrial. El agua de uso doméstico es tratada desde 1986 con ayuda de un sistema de cloración y filtros decantadores que trabajan permanentemente. En algunas áreas urbanas, el agua presenta algún tipo de contaminación, debido al deficiente estado de las redes y la falta de mantenimiento. Además, en el invierno las bajas temperaturas ocasionan rajaduras y el rompimiento de las tuberías.

El problema del agua fue resuelto parcialmente al concluirse los trabajos del río San Juan en 1999, que a partir de noviembre de aquel año llegó a la ciudad cubriendo cerca del 52% de las necesidades de la población, complementado con el aporte de las lagunas que cubre el 48% restante. En cuanto al alcantarillado y sus condiciones de funcionamiento, el 23% se encuentra en buen estado, el 12,7% en estado aceptable, el 39,8% en estado deficiente y el 45% corresponde a redes nuevas que ya presentan algunos problemas (Administración Autónoma, Potosí, 1998). El servicio de alumbrado domiciliario e industrial tiene una cobertura de 97,5%, pero no llega a algunas zonas suburbanas.

Migración y movilidad ocupacional

La movilidad entre el campo y la ciudad es constante. La ciudad de Potosí recibe mano de obra de sujetos sociales provenientes del campo que vienen

para trabajar fundamentalmente en la mina. De igual manera, no todas las personas que emigran a la ciudad permanecen en ella, existiendo un flujo permanente entre ambos espacios que se sustenta principalmente por transacciones económicas y laborales. La falta de empleo y las deficientes condiciones laborales hacen que también exista una migración hacia otros países.

Una década atrás, el destino de la migración era la Argentina. Debido a la crisis económica que sufrió hace unos años este país muchos emigrantes regresaron a Bolivia y otros se trasladaron a Europa, principalmente a España. Las familias que tienen parientes emigrantes en otros países poseen un mejor ingreso económico, reforzado con el aporte que reciben desde el exterior. El patrón migratorio se produce no sólo a través de situaciones laborales, sino también de las alianzas matrimoniales que se realizan entre personas de distintos lugares del departamento de Potosí o de otras ciudades de Bolivia. La estructura de las alianzas matrimoniales varía si la población es indígena o mestiza, si pertenecen a un ayllu o si se trata de poblaciones campesinas.

Economía y sociedad en la población potosina

La estructura económica suele estar tanto a cargo de los hombres como de las mujeres del grupo familiar, y en ocasiones también de los niños de la familia, especialmente si son varones. Es común encontrar a niños y niñas trabajadores que ayudan al mantenimiento de la economía familiar.

Potosí es una ciudad eminentemente minera, y sobre la base de esta actividad se desarrolló durante más de cuatro siglos y medio. Pese al tiempo transcurrido y a los cambios en los precios del mineral, la explotación minera aún continúa siendo una de las principales actividades de la ciudad, y el Cerro Rico o *Sumaj Orcko* es la principal fuente de trabajo para gran parte de la población.

Sin embargo, después de 1985 las condiciones laborales en el Cerro sufren un cambio por el cierre de la empresa Minera Unificada y la paulatina desaparición de los mineros chicos propietarios de varias bocaminas. Esta situación potenció a las cooperativas mineras que se encuentran asentadas en el Cerro. El cambio de la explotación hacia minerales complejos como plata, zinc, estaño y plomo, alentó el resurgimiento de las cooperativas mineras, que

trabajan en bocaminas alquiladas a la Corporación Minera de Bolivia (COMIBOL), alrededor del Cerro Rico.

De acuerdo con la información de la Federación Departamental de Cooperativas Mineras (FEDECOMIN), actualmente trabajan veintiséis cooperativas que corresponden al radio urbano, y otras quince que corresponden al área rural. La forma de trabajo de las cooperativas en el Cerro se caracteriza por ser improvisada y precaria, pues sus recursos técnicos son muy rudimentarios, su inversión económica en las minas es débil y presentan muchas deficiencias en lo que respecta a su organización social productiva. Pese a ello, las cooperativas constituyen un sector principal en la economía, ya que mueven anualmente más de 10 millones de dólares, lo que da lugar a una circulación en la actividad económica alrededor de los proveedores de materiales, herramientas, comida, ropa y otros (Tapia 2002).

La empresa Pailaviri R.C., a partir de diciembre de 1994, amplió sus labores a algunos sectores del Cerro, pero no se conoce en la actualidad su producción ni el número de trabajadores que emplea. La compañía Minera Concepción S.A. (COMCO) trabaja los desmontes del Cerro Rico desde 1985, y se estima que realiza un movimiento de desmonte de aproximadamente 1.000 toneladas por día. En 1998 produjo 25.377 kilos netos de plata, con un valor de 4.633.068 dólares (Tapia 2002). Las regalías mineras² constituyen un problema, no sólo para la ciudad sino para todo el departamento, ya que muchas veces el gobierno no entrega todo el monto recaudado por este concepto, prefiriendo desviar estos fondos a otras regiones y departamentos. El departamento en su conjunto no logra captar por regalías los ingresos que le corresponden, debido a que los sistemas de seguimiento a la producción y exportación de minerales son escasos o prácticamente inexistentes. De ahí que la pobreza se acentúe aún más, ya que no se cuenta con los recursos que salen de la región.

Además de los trabajos que realizan hombres y mujeres, existen sistemas de reciprocidad que aún persisten en la ciudad. Es muy común que se viaje regularmente a las comunidades de la zona rural para hacer trueque de faroles, bateas, alcohol y otros objetos por patata, oca³ y otros productos alimenticios. También es común que muchos de los pobladores de la ciudad sigan teniendo parientes en la zona rural, y que acudan a sus lugares de origen en las épocas de cosecha para proveerse de los productos de la tierra. Algunas personas o familias de la zona

² Las regalías mineras se constituyen una especie de “impuesto” para el departamento y la ciudad.

³ La oca es un tubérculo que se produce en la zona andina.

rural vienen a la ciudad a trabajar por una o dos semanas como cargadores⁴, o realizan pequeños trabajos (como pelar papas en los comedores de los mercados⁵) para obtener algo de dinero con el fin de regresar a su comunidad.

En algunas zonas apartadas de Potosí y en los barrios periféricos, poblados recientemente por familias de la zona rural, sus habitantes conviven con animales domésticos necesarios para la subsistencia familiar –cerdos, gallinas y patos–, que utilizan para su propio consumo. También se encuentran pobladores de la ciudad que poseen un pequeño terreno alrededor de la casa donde cultivan pequeñas huertas que a veces son regadas con aguas de cloaca o con agua portadora de desechos de las minas, con la consecuente contaminación de los alimentos.

En buena parte de la ciudad el sustento familiar es llevado a cabo por los hombres a través del trabajo en las minas⁶, aunque también muchos trabajan como chóferes o albañiles. En la mayoría de los barrios el salario mínimo es de 300 bolivianos. Las mujeres son lavanderas, comerciantes minoristas, empleadas domésticas, vendedoras ambulantes en el comercio informal, y unas pocas quedan como amas de casa al cuidado de sus niños.

Un gran número de mujeres está en el mercado laboral a través de un programa de la alcaldía, el PLANE (Plan Nacional de Empleo), que funciona desde el 2002. Para poder trabajar, numerosas madres dejan a los niños solos en la casa. Como relata una de las enfermeras con relación a la situación laboral de las mujeres:

Existe abandono de los niños por parte de las mamás porque ellas van a trabajar a diferentes lugares, por ejemplo, van de lavanderas, van a trabajar al PLANE que ahora están haciendo trabajos en las calles, entonces abandonan a los niños y ellos se quedan solos y muchas veces ocurren accidentes... el niño se quema, el hermanito mayor se ha descuidado y le ha dejado la olla o la caldera en el suelo y se queman... estas cosas pasan.

⁴ El cargador es la persona que se dedica a transportar pesadas cargas sobre sus hombros.

⁵ Por este tipo de trabajo se suele pagar 2 bolivianos y medio por media cuartilla de patatas peladas.

⁶ Existen distintas categorías en el trabajo minero. El salario del trabajo en la mina depende del trabajo que se realiza, algunos cobran 40 bolivianos por día, otros en proporción al mineral que sacan. Un gran número de mineros no cuentan con seguro laboral.

Una trabajadora social explicaba:

Desde hace unos dos años se han implementado los trabajos comunales a las mujeres y no a los hombres, el problema es que estas mujeres están abandonando a los niños y están quedando a cargo de la hermanita mayor o de la vecina o les llevan a su lugar de trabajo donde están bajo el sol, tierra, expuestos a tantas cosas... entonces más bien que disminuir las morbilidades dando trabajo a las mujeres, probablemente ahora vayan a aumentar. Pero son éstos problemas estructurales de crisis, también estamos en una etapa de supervivencia que la mujer prefiere salir con su hijo aunque sea enfermo o a riesgo de que muera, pero sabe que dos o tres pesos en el día va a poder ganar.

Uno de los grandes problemas de la ciudad de Potosí es el desempleo, y esto lleva al crecimiento constante de una economía informal representada principalmente por el comercio callejero: toda la ciudad está repleta de vendedores en las calles. Muchos de ellos son mujeres que pasan largas horas del día con sus hijos pequeños intentando vender sus productos, expuestas a las bajas temperaturas, al intenso sol del altiplano y –en la época de lluvias– a los constantes aguaceros. Todos estos factores repercuten indudablemente en la salud de las vendedoras callejeras, y principalmente en la salud de sus niños.

Vivir en familia: la organización de la vida cotidiana

La estructura familiar está compuesta por un promedio de cinco hijos. Es frecuente encontrar distintas unidades domésticas dentro de un mismo hogar. En cada cuarto de la casa suele vivir un grupo doméstico de cinco a siete miembros. Esto varía dependiendo de si la familia es de zona rural o urbana, o si son inmigrantes recientes o han pasado varias generaciones asentados en la ciudad. Otra de las variables que influye en la composición del hogar es la clase social a la que pertenece el grupo familiar, disgregándose comúnmente las unidades domésticas si el poder adquisitivo es mayor.

Cada grupo familiar es sostenible, aunque existen reciprocidades con los otros grupos familiares que viven bajo el mismo techo. Otra de las variaciones que encontramos es el alquiler de habitaciones dentro de una misma casa. Es común encontrar ocho o diez familias con alquiler o anticrético⁷ ocupando una misma vivienda. Estos alquileres suelen corresponder a un cuarto donde vive cada núcleo familiar, que oscilan en unos 50 bolivianos.

Las familias rurales que llegan a la ciudad suelen alquilar una habitación para vivir. En el interior de ella se duerme, se cocina, se ve la televisión y se realizan todas las actividades cotidianas. El nivel de hacinamiento es grande, debido a que estos cuartos son de tamaño muy reducido. Hemos podido comprobar que en algunos núcleos familiares la cama es compartida por los padres, y en ocasiones por los niños pequeños, uno o dos dentro de un mismo lecho. Muchas de estas habitaciones no poseen ventilación.

Entre los quechuas es habitual que las parejas se casen después de haber tenido varios hijos y haber convivido por varios años. Las relaciones sexuales en el área rural comienzan muy temprano, aproximadamente a los 14 ó 15 años, y es común encontrar madres solteras. En muchas ocasiones los hombres prefieren mujeres con hijos, porque así tienen la seguridad de que son fértiles.

A modo de ejemplo, describiremos las condiciones en que vive cotidianamente una de las familias con la que más convivimos. Esto ayudará a comprender mejor las situaciones de pobreza y hacinamiento de muchos hogares potosinos, y sobre todo la influencia que tales condiciones de vida tienen en la salud de las familias.

La familia Gómez⁸, un hogar potosino

María tiene 53 años, y es dueña de una casa en la ciudad de Potosí. Tanto ella como su marido, ambos quechuas, dejaron su vida rural para trabajar en las minas. María tuvo 11 hijos, de los cuales cuatro murieron de pequeños (ella los recuerda cada año, en el día de Todos los Santos y en San Andrés), y

⁷ El anticrético de vivienda consiste en entregar al propietario de una vivienda una suma de dinero, más o menos un tercio del valor de la propiedad, a cambio del derecho de ocupar la vivienda por un tiempo determinado. Los contratos se hacen por uno o dos años, aunque suelen durar muchos más. Este sistema es muy utilizado en Bolivia.

⁸ Todos los nombres utilizados en esta investigación son seudónimos.

seis de los siete restantes viven bajo su techo. Su marido murió hace diez años, de mal de mina y de la gloria, y su muerte fue dolorosa y lenta, como la de la mayoría de los mineros. Los dos hijos varones también son mineros, y las mujeres de la casa trabajan de lavanderas, menos una de las hijas que acaba de encontrar trabajo de empleada doméstica.

Doña María posee algunas tierras en la zona rural de donde era originario su marido, y en época de cosecha va a sembrar haba, papa lisa y oca, productos que ayudan a la manutención de la familia durante el año.

La casa

La casa posee un pequeño patio central, y alrededor del mismo se distribuyen los cuartos, en cada uno de los cuales habita un grupo doméstico. En la parte baja vive una de las hijas, Alicia, con su pareja y tres hijos: una niña de ocho años, un niño de seis y otra niña de dos. Alicia tiene 25 años y perdió dos hijos. El padre de sus hijos es minero, proviene del área rural y pasa largas temporadas fuera de Potosí, trabajando en la mina. Tiene problemas con el alcohol, y Alicia está más tranquila cuando él está trabajando y no viene a casa. Su cuarto es uno de los más grandes, y la cocina está separada de las tres camas que por la noche alojan a todos los miembros de la familia. Frente a éste hay otro cuarto, que lo tienen alquilado a un inquilino.

Pasando el patio hay dos cuartos más. En uno de ellos cocina doña María, y además sirve de alojamiento a las personas que vienen del campo.

El espacio es pequeño, aunque a veces llega a albergar entre diez y quince personas que llegan de Tinguipaya (una de las zonas más pobres del departamento de Potosí). Estas personas no pagan nada por su alojamiento, pero existen reciprocidades cuando la dueña va a la zona rural a proveerse de productos de la tierra. El mobiliario de este cuarto consiste en tablas de madera apiladas en una de las paredes, y en una cocina a gas, ubicada en una esquina de la habitación, donde cocina doña María. Los visitantes de Tinguipaya duermen en el suelo, y durante el día algunos cocinan en el patio, con leña. En la noche, doña María y una de sus hijas, soltera, cocinan para los alojados y les venden el plato de comida a un boliviano.

Junto a este cuarto existe otro cuarto pequeño, alquilado a una familia del campo que hace ya un año tuvo que venir a trabajar a la ciudad, cuando una inundación destruyó su casa y toda la cosecha. El marido comenzó a trabajar de mine-

ro y su mujer, Antonia, de 18 años, de lavandera. Pagan 50 bolivianos al mes por la habitación. Tienen dos niñas, una de dos años y otra de tres. Su cuarto está provisto de una sola cama, que todos comparten, y una pequeña cocina a gas.

En el patio hay una escalera que lleva a los últimos tres cuartos de la casa. En uno de ellos viven doña María con sus dos hijos pequeños, de 14 y 15 años, una hija soltera de 21 años con su hijo de cinco años y una nieta, Jimena, de 6 años, de uno de los hijos de doña María. Este es el cuarto más grande y más completo de la casa: tiene armario, frigorífico, televisor blanco y negro y una mesa con un par de sillas, además de poseer el mayor número de camas. En una duerme doña María con Jimena, en otra duerme Carolina con su hijo de cinco años, en otra Marcela de 15 años, y en otra, Alfonso, el hijo pequeño de doña María. Alfonso y Marcela duermen durante la semana en un internado en el Molino, un pueblo a pocos kilómetros de la ciudad.

En el cuarto de al lado vive su hijo mayor, Fernando, de 24 años, padre de Jimena, quien, abandonada por la madre, vive ahora con la abuela. Fernando vive desde hace unos años con Mercedes, de 23 años, que tiene una hija de otra relación anterior, Elena, de cinco años. De Fernando tiene dos hijos: un bebé de tres meses y un niño de dos años. Mercedes tiene dos hijos muertos y los tres vivos permanecen con ella.

Pasando este cuarto, que posee dos camas, una cocina a gas y un armario, se encuentra el último cuarto de la casa donde vive Manuel, otro hijo de doña María que tiene 20 años, y su mujer, Cristina, que tiene 23 años. Tienen una niña de un año y 10 meses. La primera hija de Cristina murió tempranamente.

El patio

En el patio se encuentran la letrina y un pequeño cuartito con una ducha caliente. Varios animales –gatos, un perro, palomas y patos– andan correteando por el mismo. El patio es el espacio común de la casa, donde se reúnen los miembros de la familia con los inquilinos y los alojados; allí se hila, se lavan platos, ropa, se baña a los niños, se prepara la comida que posteriormente se cocina en cada una de las cocinas familiares, y es el espacio común de juego de los niños. A veces en el patio también se cocina con leña, o se prepara *watía*⁹. El patio siempre esta lleno de ropa colgada y las mujeres siempre están trabajando ahí. Para

⁹ Es una manera de cocer papa, oca y otros tubérculos, en un horno que se prepara dentro de la tierra.

toda la población que habita en la casa existe un solo grifo, que se encuentra en el centro del patio. Este grifo de agua es utilizado para lavar, cocinar y lavar ropa para personas de afuera –ya que la mayoría de las mujeres de la casa son lavanderas¹⁰–, de manera que todo debe ser hecho por turnos.

El domingo es el día del baño, el día que tienen un poco más de tiempo para dedicar a los niños y cuando éstos no tienen que ir a la escuela. Los niños se van bañando a lo largo de todo el día en bateas de metal o barreños de plástico que ponen en el patio, al aire libre. Se retira agua caliente de la ducha y ahí van bañando a todos los niños de la casa, cada madre se encarga de bañar a los suyos. Cuando los niños están por debajo de los dos años, después de bañarse les fajan para que queden calientes y no se enfermen. A partir de los dos o tres años el trato es diferente, se considera a los niños más fuertes y después de bañarse se secan en el patio, con una manta o *aguayo*¹¹, y se visten. Después comienza el duro trabajo del peinado a las niñas, que lloran cada vez que se las peina para conseguir desenredar sus largas cabelleras. Cuando las madres bañan a los niños, éstos lloran durante todo el proceso, no sólo por las bajas temperaturas sino porque cuando les lavan el cabello las madres siempre introducen jabón en sus ojos. El cuerpo es frotado con una piedra, lo que también es motivo de llanto. Durante la media hora aproximada que dura el baño los niños no paran de llorar. Un día peinamos a una de las niñas, suavemente, sin tirones, y su madre, Alicia, comentó: *Pero yo no peino así de despacio como tú, ella tiene que aprender a aguantar, tiene que aguantar*. Y esto es lo que hay detrás de este trato, desde pequeños los niños deben *aprender a aguantar y a sufrir*; es una de las enseñanzas de las madres a sus hijos.

Las mujeres de la casa

Las mujeres de la casa son siete –la madre, las hijas, dos nueras y una inquilina–, con edades que varían entre 15 y 53 años. El número de personas que suele habitar la casa es de alrededor de una treintena. La hija mayor de doña María, Fernanda, tiene 30 años; tres hijas pequeñas y dos hijos fallecidos. Fernanda estaba dando de mamar cuando quedó embarazada en dos ocasiones, falleciendo así sus dos hijos. Su marido también es minero; viven en el campo en casa de su marido, pero vienen a casa de doña María cada sábado, salvo excepciones.

¹⁰ Se paga por docena de ropa lavada seis bolivianos.

¹¹ Tejido típico de la zona andina.

El trabajo de las mujeres parece no tener descanso. En esta familia la mayoría de ellas trabaja dentro de la casa, lavando ropa para afuera, pero además deben cocinar temprano cada día —alrededor de las seis de la mañana—, para que los hombres puedan comer tres platos de comida antes de entrar en la mina, ya que éstos sólo vuelven a ingerir alimento alrededor de las seis de la tarde, cuando regresan del trabajo. Además de alimentar al marido, deben atender a los niños, lavar la ropa, cuidar la casa y cocinar, lo que implica que estén ocupadas un gran número de horas al día.

Mercedes, nuera de doña María, trabaja vendiendo hamburguesas en un barrio minero. Normalmente va a trabajar con sus tres hijos; carga en el *agua-yo* al bebé, y los otros dos, de dos y cinco años, van caminando. Mercedes suele ir a vender hamburguesas los siete días de la semana, sin desatender la casa, al marido ni los hijos.

Carolina, de 21 años, lavaba ropa en la casa pero hace unas semanas encontró trabajo de empleada doméstica. Ella es soltera y tiene un niño de cinco años, está esperando otro de un hombre con quien mantiene relaciones hace un tiempo. Éste no es bien recibido en la familia porque bebe mucho. Carolina empezó a trabajar, su madre no quiere tener que alimentar a otro niño, y cuando se enteró de su embarazo la obligó a ponerse a trabajar, aunque a doña María le hubiese gustado que el padre del futuro niño se la llevara a vivir con él.

Cristina es la mujer de Manuel, sólo tiene una niña y su procedencia es rural, de Huari-Huari (departamento de Potosí). Cultiva alimentos en las tierras de su familia, y proviene también de familia de mineros. Es la única mujer de la familia Gómez que sabe tejer en telar. También trabaja lavando ropa para afuera, y pasa algunas épocas de cosecha en el campo.

Antonia es la inquilina que lleva un año viviendo en la casa; su marido también es minero. Lava ropa para fuera y ayuda a veces a cocinar y a lavar a doña María. Hasta hace poco subía al cuarto de doña María a ver la telenovela, pero la relación entre ellas se ha deteriorado y ya no sube a la parte de arriba.

El nivel de instrucción de las mujeres es bajo, y no ha cambiado mucho a lo largo de las distintas generaciones que conviven en la casa. Doña María no sabe leer ni escribir, y sus hijos leen y escriben con dificultad. Una de las nuevas, tampoco lee ni escribe. Esto se reproduce claramente en los niños. Ester, la hija de Alicia, tiene 8 años. Acude a una escuela del barrio, pero no sabe leer; y en su clase existen dos alumnos más que están en su situación. En lugar de reconocer su incapacidad para enseñar, la maestra dice que Ester: “*no puede leer*”; ya ha repetido un curso y este año la han vuelto a aplazar. A este

mismo colegio fueron de pequeños Alfonso y Marcela, donde siempre les aplazaban y tampoco aprendieron a leer. Doña María decidió llevarlos a un internado en El Molino, donde llevan varios años. Alfonso, el hijo menor que tiene 14 años, está en una clase con niños de 8 años y actualmente lee con dificultades y no consigue multiplicar bien. Marcela, a sus 15 años, tiene problemas en la comprensión de la lectura. Los profesores insisten en la necesidad de tener ayuda y refuerzo en la casa.

Las características de familias como los Gómez no resultan una excepción, sino que responden a un patrón familiar frecuente dentro de la ciudad de Potosí. La mayoría de los padres no tiene formación, y provienen de las zonas rurales. Lo que llama la atención es que el sistema escolar no parece contemplar la realidad de estas familias, ni las condiciones en las que viven. En la mayoría de las casas no existen mesas: se come, se escribe y se duerme normalmente sobre las camas, que además son compartidas. Realizar en la casa tareas para la escuela conlleva muchos problemas, debido a que el nivel de hacinamiento dificulta la concentración necesaria para realizar tareas escolares: mientras se escucha la música puesta por algún integrante de la familia, en algún otro cuarto está el televisor encendido, y los niños lloran muy a menudo. En una vivienda con 30 personas resulta muy difícil encontrar un momento de tranquilidad para estudiar. Como consecuencia de tener un solo grifo de agua (fría) que se encuentra en el patio, y considerando que no hay mesas para escribir, los cuadernos escolares no están limpios, ni cuidados. Además, los niños deben ayudar en la casa a un sin fin de tareas y, en algunas familias, son mano de obra trabajadora, teniendo que dedicar una buena parte del día al trabajo.

El sistema escolar boliviano no está adecuado a las problemáticas locales. Debería existir un sistema en el cual en los colegios se realicen todas las actividades necesarias, sin la necesidad del apoyo familiar. Uno de los grandes problemas son las pocas horas semanales de asistencia escolar¹², lo que resulta más acentuado aún en las zonas rurales. Este bajo nivel de instrucción que se promueve o se sostiene desde el Estado también influye, sin lugar a dudas, en la salud de la población. Los sujetos con bajo nivel de instrucción poseen menos recursos para decidir sobre alternativas sanitarias, para saber si un medicamento está caducado, o para leer las instrucciones del doctor, si hace falta.

¹² El horario de las escuelas públicas de lunes a sábado en la primaria es de 8:30 a 12:30, intermedio y secundario de 13:30 a 17:30, es decir 4 horas diarias, aunque la hora académica es de 45 minutos.

Los residentes ocasionales

La mayor parte de los alojados en la casa que llegan desde Tinguipaya; vienen a la ciudad a trabajar por unas semanas para obtener dinero, comprar algunos productos y llevarlos a su regreso al campo. Los hombres suelen trabajar de cargadores, y las mujeres pelando papas en el mercado. Otros alojados de la casa de la familia Gómez son ancianos que bajan a la ciudad una vez al año para cobrar el BONOSOL, o personas que vienen para ser atendidas en el hospital. En muchas ocasiones llegan terapeutas tradicionales de la zona rural, ya sea para atender algún paciente o para proveerse de ciertos productos. Los conflictos en la casa suelen ser comunes, y no hay buena comunicación entre los integrantes de la vivienda. Existen conflictos intrafamiliares y con los inquilinos. Muchas de las discusiones se originan en las peleas entre los distintos niños que conviven en la casa, lo que lleva a que se enfrenten también sus padres y, principalmente, sus madres.

La situación de pobreza en la que conviven y el hacinamiento hacen imposible la separación del espacio infantil del de los adultos. Todas las discusiones que tienen lugar en el interior del hogar se producen delante de los niños. Existen roces entre algunas de las mujeres de la casa, y también problemas con algunos hombres que se considera que no trabajan lo suficiente o que realizan tareas ilícitas. Cada grupo familiar posee sus propios conflictos internos, pero también existen los roces y conflictos que se generan entre los distintos grupos domésticos familiares, y las relaciones entre los distintos grupos domésticos extrafamiliares que conviven en la misma casa. En todas estas relaciones aparece siempre la situación económica como causante de muchos de los problemas. Doña María, por ejemplo, considera necesario que sus nuevas contribuyan en el pago de los gastos de la casa, pero en ocasiones estos pagos no se cumplen.

También es común que peguen a los niños, porque lo consideran la manera de enseñar. Los hermanos mayores poseen poder sobre los más pequeños, y esto los habilita para pegar a sus hermanos cuando lo consideran necesario, principalmente a las hermanas. En la vivienda a veces se producen enfrentamientos en los que se llega a las manos; pegar es algo común, no sólo a los niños sino a los miembros de la familia con edad inferior al agresor. Otro aspecto importante en los conflictos es el problema del alcoholismo de algunos integrantes de la familia, que sin duda influye en la violencia doméstica.

La salud en las viviendas familiares de Potosí

En este pequeño retrato de la vida cotidiana de una familia potosina podemos ver la influencia de las condiciones de vida en la salud del grupo familiar. El hacinamiento, el saneamiento, el nivel de instrucción o la violencia doméstica, entre otros aspectos, deberían ser contemplados como problemáticas de salud pública.

En este camino que va de lo rural a lo ciudadano existen procesos de aculturación que generan ciertos desequilibrios dentro de las familias. Muchas de las prácticas de la zona rural siguen utilizándose en la ciudad, existiendo cierto tipo de obligaciones sociales que inciden en los modos de vida, como puede ser el hecho de alojar a las personas del campo que lo piden. Este aspecto de asistencia aumenta el hacinamiento en la vivienda, pero se trata de obligaciones sociales que deben ser mantenidas en las relaciones de reciprocidad de la sociedad andina.

En el ámbito de la pobreza, las redes sociales existentes aparecen como redes de ayuda mutua, pero también influyen en un deterioro de las condiciones de vida en la migración del campo hacia la ciudad. A pesar de ser funcionales, influyen en la salud familiar, incidiendo en problemas de salud mental como depresiones, alcoholismo, violencia, etcétera, que no están presentes en los índices epidemiológicos ni son aspectos que se hayan investigado lo suficiente, y a los que se debería prestar mayor atención.

En esta pérdida de cambio de la situación social, de identidad, de migración, cambian también los recursos culturales para resolver los problemas de salud. Los terapeutas tradicionales se diversifican, en mayor medida en la ciudad que en el campo; al mismo tiempo, el sistema biomédico es de mayor acceso para la población urbana y es reforzado por las autoridades sanitarias.

A través del Seguro Universal Materno Infantil, que incluye algunos beneficios sociosanitarios como la planificación familiar, la población urbana proveniente del campo comienza a utilizar recursos que anteriormente no habían usado. Pero de la misma manera que se diversifica la variedad de ofertas en cuanto a terapeutas tradicionales, también se amplían en cuanto a recursos provenientes del sistema médico religioso y del biomédico, influyendo este hecho en una pérdida de referentes de atención/sanación/curación y apreciando la necesidad de adaptarse al nuevo espacio con nuevas redes sociales y nuevos recursos de atención a la salud.

CAPÍTULO 4

Hacia una epidemiología de la población quechua de Potosí

La epidemiología sociocultural es una disciplina que se encuentra a mitad de camino entre la epidemiología propiamente dicha y la antropología. El registro de los datos de morbilidad se realiza a partir de las enfermedades/padecimientos reconocidas por el sistema biomédico y las patologías/padecimientos reconocidas por el grupo de estudio, en este caso la población quechua de la ciudad de Potosí.

Diversos antropólogos como Menéndez (1990), Benoist (1985) o Massé (1995), entre otros, plantean la necesidad de realizar una epidemiología sociocultural en la que los saberes de los sujetos –así como sus patologías populares– sean tenidas en cuenta, por lo que proponen una incorporación de la epidemiología popular. En términos de Menéndez hablaríamos de una epidemiología sintética que incorpora los dos tipos de epidemiologías (la biomédica y la popular). En términos de Massé, nos referiríamos a una etnoepidemiología, que englobaría a la antropología de la salud junto con la epidemiología propiamente dicha; en ésta, las categorías diagnósticas populares tendrían su espacio, y para ello es necesario contar conjuntamente con una metodología cuantitativa y cualitativa. Massé considera que toda epidemiología debería abordar una aproximación intraétnica, ya que la tolerancia a la desviación, las maneras de expresar el sufrimiento y de interpretar las

causas y los efectos de los síntomas deben ser analizados teniendo en cuenta lo cultural (Massé 1995:146).

Los datos epidemiológicos disponibles de morbilidad en el ámbito nacional y departamental, junto con los perfiles epidemiológicos identificados en la ciudad de Potosí, permitirán observar en qué medida la percepción de la población se aproxima a las estadísticas oficiales de Bolivia y el departamento de Potosí. De esta manera, articulamos los índices estadísticos del nivel macrosocial con los más micro, es decir con los datos epidemiológicos de la población estudiada. La información epidemiológica que presentan las estadísticas oficiales del Estado boliviano no alude específicamente a ninguno de los grupos étnicos que se encuentran en Bolivia. Por ello, tampoco existe especificidad de perfiles epidemiológicos referidos a la población quechua.

Sobre la base de la información disponible, uniremos tanto datos cuantitativos como cualitativos, y recurriremos a las representaciones del personal sanitario de los centros de atención primaria que atiende la población de Potosí, logrando de esta manera obtener información sobre la morbilidad desde el ámbito biomédico, así como de los otros sistemas médicos, que ayudarán a entender el proceso actual de salud de la ciudad de Potosí. De la misma manera, veremos cómo las políticas sanitarias son orientadas sobre la base de los datos oficiales.

En la mayoría de los casos, los datos epidemiológicos se constituyen a partir de los datos que aportan los servicios de salud. Veremos, sin embargo, que el sistema biomédico es sólo uno de los sistemas de salud a los que recurre la población, y que en muchas ocasiones no es el sistema médico de referencia o el más consultado. A ello añadimos que no todas las muertes son declaradas, en especial en la zona rural que representa la mayor parte de la población boliviana, y en la ciudad de Potosí, donde existen varios cementerios clandestinos¹.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que los datos epidemiológicos a nivel nacional no incorporan las patologías populares, quedando los datos de morbilidad exclusivamente representados por el sistema biomédico. A lo largo del tiempo, Bolivia no ha logrado integrar un sistema único de información estadística, ni tener un seguimiento en el procesamiento de datos. Este hecho dificulta el análisis de los mismos, ya que consideramos que estos datos no re-

¹ La existencia de cementerios clandestinos en la ciudad se debe –entre otros factores– a la situación de pobreza. Para ser enterrado en el cementerio de la ciudad se necesita el certificado de defunción y la compra del espacio para el entierro. Muchos habitantes no poseen recursos suficientes para realizar el entierro de una forma legal. El cementerio de la ciudad recibe de 7 a 8 fallecidos diarios.

presentan la realidad. Al mismo tiempo, los cuadros estadísticos están estructurados sin un criterio homogéneo, dificultando aún más el proceso de análisis². Esto hace que el presente capítulo sólo presente un acercamiento a un estudio de epidemiología sociocultural en Potosí, ya que es necesario un estudio en mayor profundidad, con datos epidemiológicos fiables.

De todos modos, se debe reconocer el establecimiento del Instituto Nacional de Estadística (INE), encargado de la ejecución de los censos nacionales, cuyos datos sirven —una vez procesados— del único instrumento para la mayoría de las instituciones que trabajan en el país. El Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó en 1994, por primera vez, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) con el objetivo de conocer la situación de salud del país, prestando mayor atención a las causas de mortalidad materno-infantil. Solamente han sido realizadas dos encuestas más, una en 1998 y otra en el año 2003³. Sin embargo, algunas instituciones realizan sus propios censos de manera regionalizada, de acuerdo con sus expectativas y necesidades, priorizando comúnmente a sus zonas de intervención. Tal es el caso del Servicio Nacional de Salud, que maneja la información a partir del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)⁴.

La información utilizada en este capítulo se basa en las estadísticas oficiales y en la utilización de metodología cualitativa, por medio de entrevistas semiestructuradas a informantes clave que representan los distintos sistemas médicos de la ciudad (madres, personal sanitario, pastores evangélicos y terapeutas tradicionales). De esta manera se registró la epidemiología popular de los habitantes de la ciudad de Potosí. La epidemiología sintética⁵ permitirá analizar los procesos de salud/enfermedad/atención de esta población a través de los datos oficiales y de la información proveniente de las entrevistas realizadas al personal sanitario de los centros de atención primaria, y especialmen-

² Es necesario realizar estudios epidemiológicos fiables que puedan dar cuenta de la realidad del país, del departamento y de la ciudad de Potosí, ya que a partir de estos datos se construyen las políticas sanitarias.

³ En el año 2005, aún no estaban publicados los datos.

⁴ En la actualidad ambas instituciones realizan un trabajo coordinado a partir del Programa de Apoyo a la Gestión Social (PAGS), que organiza los registros administrativos con información del Servicio de Información en Salud (SNIS) del Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), del área educativa y otros sistemas de información sectoriales.

⁵ El concepto de epidemiología sintética elaborado por Eduardo Menéndez incorpora tanto la epidemiología biomédica como la popular (Menéndez 1990).

te de los perfiles que las madres elaboran sobre los datos epidemiológicos observables en la población de Potosí. Este material permitió encarar un análisis cuali-cuantitativo para ser confrontado con las estadísticas oficiales.

Las principales causas de muerte en Bolivia y en Potosí⁶

Daremos a conocer –de acuerdo con los datos existentes del INE y del SNIS– las causas de mortalidad en Bolivia, en el departamento y en la ciudad de Potosí.

En el siguiente cuadro no aparecen todas las causas de mortalidad en Bolivia, sino solamente aquellas referidas exclusivamente a la mortalidad materno-infantil y a las muertes violentas. Los índices hacen referencia a diferentes años desde 1994 al 2002, lo que dificulta el análisis⁷.

Cuadro N°1
Indicadores de mortalidad materno-infantil y muertes
violentas en los distintos departamentos de Bolivia (1994 - 2002)

N°	Indicadores	Tasa de mortalidad materna (x100.000 n.v.) 1994	Tasa de mortalidad infantil (x1.000 n.v.) 2001	Tasa de mortalidad menores de 5 años (x 1.000 n.v.) 1998	Causas de defunciones en hospitales menores de 5 años por:			Defunciones registradas por:				Sobrerregistro de mortalidad (%) 2000
	Departamentos				Diarrea (%) 2000	Neumonía (%) 2000	Otras (%) 2000	Homicidios 2002	Suicidios 2002	Accidente de vehículo 2002	Causa mal definida (%) 2001	
1	Chuquisaca		71	105	4	5	91	4	2	N/R	4	86
2	La Paz		64	111	5	6	89	233	15	343	6.1	79
3	Cochabamba		72	99	12	7	81	51	4	51	22.3	56
4	Oruro		82	93	42	35	23	11	3	92	3	63
5	Potosí		99	119	24	14	62	8	2	31	16.5	68
6	Tarija		53	44	12	7	81	9	6	60	4.3	49
7	Santa Cruz		54	64	23	14	63	62	6	121	4.3	76
8	Beni		60	67	10	11	78	5	7	25	18.8	47
9	Pando		63	67	29	4	67	5	0	19	16.6	89
Total Bolivia		390	66	92	15	10	74	388	35	742	10.8	63

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2003.

⁶ Los cuadros oficiales que presentamos en esta investigación son los que utilizaban en el Servicio Departamental de Salud de Potosí (SEDES-Potosí), en el Servicio de Información en Salud (SNIS) y en el Ministerio de Salud en el año 2004. Estos cuadros se usaban internamente en el Ministerio de Salud y Deportes, y en el SEDES-Potosí, a pesar de que no estaban publicados oficialmente.

⁷ Este cuadro es sólo un ejemplo de las dificultades estadísticas, que poseen los registros en Bolivia.

De acuerdo con el cuadro N°1, la tasa de mortalidad materna es de 390 por 100.000 nacidos vivos en 1994. La tasa de mortalidad infantil en el año 2001 en Bolivia es de 66 por mil nacidos vivos, presentando el departamento de Potosí la tasa más alta, 99 por mil nacidos vivos. La más baja se encuentra en el departamento de Tarija: 53 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad entre el grupo de edad de menores de 5 años (en 1998) es de 92 por mil nacidos vivos, encontrándose la mayoría en el departamento de Potosí con 119 por mil nacidos vivos, siendo la más baja Tarija, con 44 por mil nacidos vivos.

Las causas de defunción en hospitales de niños menores de 5 años en el año 2002 son principalmente la diarrea y la neumonía, alcanzando la diarrea un 15% de muertes en el país, siendo Oruro (42%) el departamento con el porcentaje más alto y Chuquisaca el departamento con el más bajo (4%). La neumonía alcanza al 10% en Bolivia, siendo el departamento de Oruro donde se encuentran las defunciones en hospitales en menores de 5 años con el porcentaje más alto (35%), y Pando el más bajo (4%). Asimismo, por otras causas encontramos el índice más alto en Chuquisaca y el más bajo en Oruro, con un 75% y 23%, respectivamente.

Para el año 2002, las defunciones registradas en el país por homicidios alcanzaron a 388 casos, registrándose la tasa más alta en La Paz el lugar con mayor número de casos 233, y en Chuquisaca el menor número con 4 homicidios; el departamento de Potosí registró 8 casos.

Los suicidios llegaron a 352 casos en el mismo año, siendo el número más alto registrado en la Paz, con 150 casos, y el más bajo en Tarija, con 6 casos. No existe para el mismo año registro de casos en Pando; registrándose en el departamento de Potosí 21 suicidios.

En el año 2002 se presentaron 742 casos de accidentes de circulación, el mayor número está registrado en La Paz, con 343 casos, y el menor en Pando, con 19 casos; registrándose en el departamento de Potosí 31 casos.

En cuanto a las causas mal definidas, en el año 2001 alcanzan el 10,8%, siendo Cochabamba el porcentaje más elevado (22,3%), registrándose el menor porcentaje en Chuquisaca, con un 4%. La elevada mortalidad en Bolivia guarda relación con una estructura etárea que se caracteriza por una alta proporción de muertes de menores de cinco años. Las causas directas son la deshidratación secundaria por diarrea, neumonía y enfermedades neonatales.

Cuadro N° 2
Causas de mortalidad general en Bolivia, (1995-2001)

N°	Causas de muerte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	3677	3849	4531	4684	4640	4075	4205
2	Enfermedades del sistema circulatorio	1174	1146	1262	1364	1238	1069	1013
3	Enfermedades del sistema respiratorio	879	721	877	840	798	623	657
4	Ciertas enfermedades Infecciosas y parasitarias	787	684	707	770	744	637	553
5	Tumores (neoplasias)	694	641	760	731	736	696	643
6	Enfermedades del sistema digestivo	581	602	644	685	655	592	628
7	Causas externas de mortalidad y morbilidad	436	417	492	518	488	411	416
8	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	309	271	306	359	331	255	204
9	Enfermedades del sistema genitourinario	250	226	297	278	271	237	245
10	Enfermedades del sistema nervioso	130	127	148	147	121	112	90
11	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	112	127	110	118	100	110	76
12	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos de la inmunidad	83	113	109	112	89	86	53
13	Embarazo, parto y puerperio	27	20	23	16	22	8	9
14	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18	25	27	17	23	18	12
Total		9157	8969	10293	10639	10256	8929	8804

Fuente: SNIS, 2001.

El Cuadro N° 2 presenta las causas de mortalidad general en Bolivia durante siete años, desde 1995 al 2001, siendo las causas registradas más importantes las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio, seguidas de las enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores y enfermedades del sistema digestivo. Lo que llama la atención en este cuadro es que a lo largo del tiempo no se han producido prácticamente cambios, a pesar de los esfuerzos del Estado y de las numerosas instituciones internacionales que trabajan en salud en el país. Los índices se mantienen prácticamente estables a lo largo del tiempo.

Como podemos ver en el cuadro siguiente, la mortalidad materno-infantil y por malaria registrada en los servicios del departamento de Potosí en el año 2003 (Cuadro N° 3) corresponde a las 10 redes de salud y comprende los 38 municipios. El total de muertes registradas en el 2003 fueron de 633, considerando todos los grupos de edad. En el municipio de Potosí encontramos el mayor número de muertes materno-infantiles, con 316 casos, siendo Chaqui el municipio con menor número de casos, con tan solo un caso de muerte perinatal; vemos sin embargo que no aparece ningún caso registrado en cinco

de los municipios (San Antonio de Esmoruco, San Pedro de Quemes, Tahua, Chayanta y Acacio). El mayor número de defunciones en los servicios se encuentra en el municipio de Potosí.

Cuadro N° 3
Causas de mortalidad materno-infantil y por malaria en
los distintos municipios del Departamento de Potosí (en servicio) (2003)

Red		Muerte materna	RN < de 7 días	< 5 a. diarrea	< 5 años p/neumonía	< 5 años otras causas	Por Malaria (P. Falciparum)	Otras causas en < de 5 años	Total
Potosí (Urbano)	Municip. Potosí	2	49	26	15	48	1	175	316
	Tacombamba	1	2	0	3	3	1	5	15
	Tomave	0	1	1	0	0	0	4	6
	Porco	0	0	0	0	0	0	2	2
	Tinquipaya	1	1	1	0	0	0	10	13
	Yocalla	0	2	0	0	2	0	2	6
	Total	1	3	1	0	2	0	14	21
Puna	Puna	1	17	2	2	5	0	2	29
	Caiza "d"	0	0	0	0	1	0	0	1
	Total	1	17	2	2	6	0	2	30
Betanzos	Betanzos	0	4	0	0	0	0	3	7
	Chaqui	0	1	0	0	0	0	0	1
	Total	1	7	0	3	3	1	8	23
Cotagaita	Cotagaita	0	1	2	2	8	0	12	25
	Vitichi	0	3	0	0	4	0	15	22
	Total	0	4	2	2	12	0	27	47
Tupiza	Atocha	0	2	0	0	0	0	2	4
	San Antonio de Esmoruco	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tupiza	0	5	2	0	0	0	5	12
	Total	0	7	2	0	0	0	7	16
Villazón	Villazón	1	9	0	2	4	0	7	23
Uyuni	Colcha "k"	0	1	0	0	1	0	0	2
	Llica	0	1	0	0	0	0	1	2
	San Pedro de Quemes	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tahua	0	0	0	0	0	0	0	0
	Uyuni	0	7	2	0	1	0	6	16
	Total	0	10	3	0	2	0	11	26
Ocuri	Colquechaca	1	5	1	1	2	0	5	15
	Ocuri	0	0	1	0	1	0	1	3
	Pocoata	1	4	2	0	4	0	9	20
	Ravelo	0	1	1	1	0	0	0	3
	Total	2	10	5	2	7	0	15	41
Uncia	Chayanta	0	0	0	0	0	0	0	0
	Llallagua	3	0	1	0	2	0	8	14
	Uncia	0	1	1	1	2	0	19	24
	Total	3	1	2	1	4	0	27	38
Sacaca	Acacio	0	0	0	0	0	0	0	0
	Arapampa	1	1	0	0	0	0	1	3
	Caripuyo	0	3	0	0	0	0	6	9
	Sacaca	0	13	2	1	4	0	7	27
	San Pedro de Buena Vista	0	0	1	0	1	0	5	7
	Toro Toro	0	1	0	0	0	0	5	6
	Total	1	18	3	1	5	0	24	52
	TOTAL	12	135	46	28	93	2	317	633

Fuente: SNIS, SEDES-Potosí, 2004.

Llama la atención el número de muertes de recién nacidos (menores de 7 días) durante el año 2003, alcanzando un total de 135 casos en todo el departamento, encontrándose el mayor número en el municipio de Potosí con 49 casos. En los menores de 5 años las causas de defunción más importantes son las diarreas, con 46 casos, siendo el municipio de Potosí el que posee mayor número de casos (26). Por neumonías se registraron en el departamento 28 por 1.000 nacidos vivos, siendo también el municipio de Potosí donde se presentó el mayor número de casos (15). La mortalidad en menores de 5 años se debe, según las instituciones oficiales, a factores tales como: la salud nutricional y conocimientos básicos de los padres, cobertura de inmunizaciones, acceso a servicios, nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos en la familia, acceso al agua potable y grado de seguridad del medio ambiente, entre otras causas, (SEDES-Potosí 2004).

Cuadro N° 4
Principales causas de mortalidad por grupo de edad en el Municipio de Potosí (1998)

N°	Grupos de causas	Grupos de edad						Vida Útil %
		< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 49	50 +	N°	
1	Enf. circulación pulmonar/otras formas de enf. del corazón	18	8	2	53	156	237	24,7%
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	86					86	9,0%
3	Otras enfermedades del aparato respiratorio	29	18	1	6	27	81	8,4%
4	Enfermedades infecciosas intestinales	20	33		1	4	58	6,0%
5	Traumatismos internos e intracraneales, incluso de nervios		2	3	31	11	47	4,9%
6	Enfermedades del aparato urinario	1	1		9	33	44	4,6%
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo				14	28	42	4,4%
8	Otras lesiones, complicaciones precoces de los traumat.		1	3	20	14	38	4,0%
9	Tuberculosis				20	12	32	3,3%
10	Enfermedades cerebro vascular				2	24	26	2,7%
	Subtotal	154	63	9	156	309	691	72,1%
11	Demás causas	9	13	9	55	85	171	17,8%
12	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	9	1	1	18	68	97	10,1%
	Total	172	77	19	229	462	959	100,0%

Fuente: SNIS, 1999.

En el departamento de Potosí encontramos las tasas de mortalidad infantil, materna y del menor de 5 años más elevadas del país. La principal causa de mortalidad en 1998 en el distrito urbano-rural de Potosí (Cuadro N° 4) es debida a las enfermedades de circulación pulmonar/otras enfermedades del corazón (237) y corresponde al 24.7%, afectando más a los mayores de 50 años.

Dentro de los menores de 1 año, la principal causa de muerte en el municipio de Potosí son las afecciones originadas en el período perinatal. En 1998 se registraron 86 casos, que representan un 9%. En tercer lugar encontramos enfermedades del aparato respiratorio, con 81 casos, encontrándose el número mayor entre los menores de 5 años, con 47 casos, y 27 casos en mayores de 50 años.

El grupo etáreo con mayor incidencia de fallecimientos por las diferentes causas está en la edad comprendida entre 50 años en adelante, con 462 muertes, seguida de 15 a 49 años, con un total de 229 casos, y menores de 1 año, con un total de 172 casos.

Las principales causas de muerte –tanto a nivel nacional como departamental y del municipio– son, según los datos oficiales, las materno-infantiles, presentándose como las causas de muerte más frecuentes las enfermedades cardio-respiratorias y las infecciones intestinales. Estos cuadros aportan tan solo una parte parcial del problema de la mortalidad en Bolivia. Los datos sobre suicidio, homicidio, accidentes, violencia doméstica y alcoholismo, entre otros, son registrados en la policía y no forman parte de los registros epidemiológicos del departamento. Es necesario que estas causas sean incorporadas en los registros epidemiológicos para generar políticas oportunas de acuerdo con la realidad local.

Las políticas sanitarias en el departamento y municipio de Potosí están orientadas en exclusividad a mejorar los índices materno-infantiles y enfermedades como la tuberculosis. A lo largo de estas páginas veremos que existen otros factores de riesgo que inciden en las causas de muerte. A modo de hipótesis, planteamos que el alcoholismo no solo es una problemática de salud pública importante en la ciudad sino que es un aspecto que incide en la mortalidad materno-infantil. Al no poseer datos epidemiológicos fiables sobre algunas de las problemáticas de salud pública resulta muy difícil proponer políticas sanitarias que realmente repercutan en una mejora de la salud en la población.

Causas de muerte en la ciudad de Potosí

Como adelantamos al comienzo del capítulo, la información de la ciudad de Potosí está elaborada a partir de metodología cualitativa. Los datos sobre las causas de muerte de la población se recolectaron a través de entrevistas realizadas al personal sanitario en los centros de atención primaria, así como los terapeutas tradicionales, pastores evangélicos y madres.

a) Causas de muerte en Potosí según el personal sanitario

Según las referencias del personal sanitario, existe mayor número de muertes en el segmento de la población masculina, presentando como mayor incidencia las muertes por accidentes laborales relacionadas con trabajo en las minas, seguida de silicosis, alcoholismo y tuberculosis, mientras que en el segmento de población femenina la primera causa de muerte sigue siendo las complicaciones por parto, aunque se considera que en un porcentaje mucho menor que en la zona rural, accidentes y cáncer. Las muertes infantiles son elevadas en la ciudad, y las causas principales son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), seguida de neumonía, desnutrición y accidentes.

Cuadro N° 5
Principales causas de muerte según el personal sanitario de los centros de atención primaria de la ciudad de Potosí, 2004

Causas de muerte Infantil	Causas de muerte en hombres	Causas de muerte en mujeres
IRAS	Accidentes laborales	Complicaciones del embarazo
EDAS	Silicosis	Accidentes
Neumonía	Tuberculosis	Cáncer
Desnutrición	Alcoholismo	
Accidentes	Problemas cardio-respiratorios	

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

b) Causas de muerte según los terapeutas tradicionales

Para los terapeutas tradicionales las causas de muerte más frecuentes resultan similares a los datos recogidos por las madres: accidentes, mal de mina, parto, embrujo, gloria⁸, *qayqasqa*⁹ y susto¹⁰. La diferencia en las causas de

⁸ La enfermedad de la gloria aparece cuando, al caer el rayo, el humo entra dentro de la persona. El trueno asusta a la persona. Esta patología provoca tos, temperatura y debilitamiento hasta la muerte.

⁹ La *qayqasqa* es una patología popular, considerada una enfermedad del espíritu que aparece cuando una persona duerme en lugares sagrados o en “malos lugares”.

¹⁰ El susto es una patología popular muy frecuente en la zona andina. En la cultura quechua el individuo se compone de tres almas; una de ellas es el ánimo que cuando se desprende del cuerpo provoca la enfermedad del susto. Uno de los primeros síntomas es la diarrea.

muerte entre la población masculina y femenina se encuentra en los accidentes laborales en los hombres y en el parto en las mujeres, apareciendo como la causa de muerte infantil más importante el susto. En cuanto a la patología del embrujo en la población infantil, hay que decir que el embrujo es dirigido a los padres pero es común que afecte a otros miembros de la familia, normalmente a los más frágiles, la población infantil.

Cuadro N° 6
Principales causas de muerte según los terapeutas tradicionales de la ciudad de Potosí, 2004

Causas de muerte Infantil	Causas de muerte en hombres	Causas de muerte en mujeres
Susto	Accidentes laborales	Parto
Embrujo	Embrujo	Gloria
Gloria	Susto	Embrujo
Enfermedades respiratorias	<i>Qayqasqa</i>	Susto
	Alcoholismo	<i>Qayqasqa</i>
		Alcoholismo

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

Según estos informantes, la mayoría de las causas de muerte entre la población se debe a patologías populares, siendo la causa de muerte más común en los hombres los accidentes en la mina; y en las mujeres, las complicaciones en el parto. Para ambos sexos los terapeutas tradicionales reconocen como causa de muerte el alcoholismo, que consideran que aumenta cada vez más. Reconocen mayor esperanza de vida en las mujeres y un mayor número de causas de muerte en los varones. En el capítulo sobre el sistema médico tradicional observaremos con más detalle la principal causa de muerte infantil: el susto.

c) Causas de muerte según los pastores evangélicos

Desde la visión de los pastores evangélicos, las causas más frecuentes de muerte en la población infantil de Potosí son la diarrea y la desnutrición, mientras que para los hombres vuelven a aparecer, al igual que para los representantes de los otros sistemas médicos, los accidentes asociados al trabajo en las minas, el mal de mina, el alcoholismo, apareciendo también la brujería como causa de muerte. En los adolescentes se considera que la causa de muerte más frecuentes es el suicidio, mientras que en las mujeres el cáncer y la brujería.

Cuadro N° 7
Principales causas de muerte según los pastores evangélicos de la ciudad de Potosí, 2004

Causas de muerte Infantil	Causas de muerte en hombres	Causas de muerte en mujeres
Diarrea	Accidentes laborales	Cáncer de mama
Desnutrición	Mal de mina	Cáncer de matriz
	Alcoholismo	Brujería
	Brujería	
	Suicidio (adolescentes)	

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

Las causas de muerte que nombran los pastores evangélicos son todas aquellas enfermedades que consideran pueden ser curadas a través de la fe: diarrea, desnutrición, accidentes laborales, mal de mina, alcoholismo, brujería, suicidio y cáncer. Hacen referencia tanto a patologías populares como biomédicas.

d) Causas de muerte según las madres

Según las madres, las causas de muerte más comunes se encuentran tanto en la población infantil como en la de adultos.

Cuadro N° 8
Principales causas de muerte según las madres de la ciudad de Potosí, 2004

Causas de muerte Infantil	Causas de muerte en hombres	Causas de muerte en mujeres
Susto	Mal de mina	Por parto
De recién nacidos	Tuberculosis	Aborto
Neumonía	Accidentes en la mina	Sobrepardo*
Estómago vacío	Alcoholismo	Por lavar ropa,
Orejo	Accidentes	Del corazón
Accidentes	Embrujo	Embrujo
Frío	Arrebato	Cáncer
Desnutrición	Gloria	Arrebato
		Gloria

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

* El sobrepardo es una patología popular que aparece con el “frío” durante o después del parto. Es considerada una de las primeras causas de muerte en las mujeres.

En cuanto a los factores por sexo, podemos ver que las causas están asociadas al tipo de trabajo que realiza cada sexo (trabajo en las minas: mal de mina, tuberculosis, accidentes, alcoholismo y en las mujeres por lavar ropa y aborto). Con respecto a los trabajos laborales de las mujeres ya hemos comentado que la mayoría trabaja lavando ropa, de empleadas domésticas, como pequeñas vendedoras en la calle o en el programa PLANE. Como hemos comprobado, el trabajo que realizan las mujeres en el PLANE es un trabajo que debería estar destinado a los hombres, ya que llevan a cabo trabajo de construcción, levantando piedras muy pesadas. La mayoría de las mujeres que trabajan en este programa llevan a sus hijos a la espalda y hay mujeres embarazadas que abortan debido al esfuerzo físico que deben realizar: *Yo he perdido dos hijos por trabajar en el PLANE, pero que vas hacer si necesitamos trabajar.*

El año pasado tuve un aborto, no sabía que estaba embarazada, y de cargar piedras pesadas pues aborté.

Trabajamos todo el día en la calle, con el frío, con el sol, y lo peor no somos nosotras sino nuestras wawas que tenemos que tener todo el día con nosotras... sino donde vamos a dejar. Y las wawas se enferman (Madre, 40 años).

Una trabajadora social, haciendo referencia al PLANE, comenta:

Han querido dar trabajo a las mujeres, pero un trabajo que lo que esta mejorando en poder tener un ingreso económico en la familia está empeorando en las enfermedades que estas mujeres y los niños están teniendo, ahora tienen para comer pero se enferman de estar todo el día al frío y al sol, haciendo un trabajo de hombres y las wawas están con ellas (Trabajadora Social).

Las mujeres lavanderas lavan la ropa en la mayoría de los casos con agua fría, y debido a las bajas temperaturas que tiene la ciudad de Potosí, sobre todo en los meses de invierno, se produce lo que las madres llaman “la muerte por lavar ropa”:

Te comienza un dolor en la espalda del frío, de estar todo el día con las manos en agua fría y ese dolor te va dando y te va dando y te enfermas y te mueres (Madre, 50 años).

Podemos observar en el Cuadro N° 9 que las madres, al igual que los terapeutas tradicionales y los pastores evangélicos, reconocen tanto patologías populares como biomédicas en las principales causas de muerte de la ciudad de Potosí.

Cuadro N° 9
Principales causas de muerte en Potosí según los distintos
representantes de los sistemas médicos de la ciudad de Potosí, 2004

	Personal sanitario	Terapeutas tradicionales	Pastores evangélicos	Madres
Accidentes en la mina	X	X	X	X
Mal de mina/Silicosis	X	X	X	X
Tuberculosis	X	X		X
Alcoholismo	X	X	X	X
Sobrepeso				X
Por lavar la ropa				X
Embrujo		X	X	X
Parto	X	X		X
Gloria		X		X
Aborto				X
Neumonía	X			X
Estómago vacío				X
Frio				X
Orejeadura*		X		X
Del corazón				X
Diarrea			X	X
Enfermedades respiratorias		X		
Accidentes	X	X	X	X
Suicidio			X	
EDAS	X		X	
IRAS	X			
Qayqasqa		X		
Arrebato				X
Desnutrición	X		X	X
Cáncer	X		X	
Susto		X		X

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

* La orejeadura es una patología popular muy común en la zona. Aparece cuando un niño o una persona adulta agarra el olor “feo” de una persona muerta o de un animal. A los bebés no se los lleva al cementerio para evitar que el “olor feo” de un muerto reciente puede entrar en la persona, hacerla enfermar y provocarle la muerte. La orejeadura es lo mismo que el orejo.

Los accidentes laborales, las enfermedades relacionadas fundamentalmente con las minas –la silicosis, la tuberculosis y el alcoholismo– son patologías sin embargo, señaladas por todos los sistemas médicos. Las patologías populares no son reconocidas por el saber biomédico, pero sí por los

otros sistemas. Dentro del sistema médico religioso se reconoce un menor número de causas de muerte, siendo el sistema de autoatención el que más encuentra en la ciudad de Potosí.

Los accidentes laborales, las enfermedades relacionadas fundamentalmente con las minas –la silicosis, la tuberculosis y el alcoholismo– son patologías reconocidas por todos los sistemas médicos. Las patologías populares no son reconocidas por el saber biomédico, pero sí por los otros sistemas. Dentro del sistema médico religioso se reconoce un menor número de causas de muerte, siendo el sistema de autoatención el que más causas encuentra en la ciudad de Potosí.

Las causas de muerte en los tres niveles de análisis varían, ya que los representantes de los diferentes sistemas médicos destacan causas relacionadas con el trabajo masculino y femenino. Este dato no aparece reflejado en los índices epidemiológicos a nivel nacional, ni departamental. Consecuentemente, no existen políticas sanitarias que incidan en mejores condiciones laborales o políticas destinadas a la prevención de accidentes laborales o a un mejoramiento en las condiciones de trabajo.

Al mismo tiempo, observamos que los representantes de todos los sistemas médicos, menos el biomédico, reconocen como causas de muerte no sólo patologías biomédicas, sino también patologías populares, como el susto y la brujería. Por lo demás, podemos apreciar que en los tres niveles de análisis aparecen enfermedades cardio-respiratorias, infecciosas y parasitarias como las primeras causas de muerte en Bolivia, representando la mortalidad materno-infantil –diarreas y neumonías– los índices más altos de mortalidad en el departamento de Potosí, según los datos oficiales del sistema biomédico.

Principales causas de morbilidad en Bolivia y en Potosí

En cuanto a los indicadores de morbilidad en Bolivia en los años 2001-2002, llama la atención los casos reportados de malaria en el 2002, alcanzando en el país 14.276 casos. Los registros más altos se encuentran en el departamento del Beni, con 5.942 casos; en Santa Cruz, 3.033; en Tarija, 1.113; y en Chuquicasa, 1.009. Podemos ver en el siguiente cuadro cómo la incidencia de tuberculosis por mil habitantes en el 2002 es de 112,6 por 100.000 habitantes, encontrándose con baciloscopia positiva 79,6 casos.

Cuadro N° 10
Indicadores de morbilidad en los distintos departamentos de Bolivia (2001-2002)

N°	Indicadores	Incidencia Tuberculosis (x 100.000. Hbts)		Población en riesgo de malaria (%) 2002	IPA malarico (1.000 hbts) 2002	Casos reportados de malaria 2002	Casos de dengue 2002	Tasa de incidencia anual VIH Sida (x 1.000.000) 2002	Razón (xhombre/ mujer sida) 2002	Prevalencia bajo/peso/ nacer (menor a 2.500 grs.) (%) 2001
	Departamentos	Todas sus formas 2002	Pulmonar baar + 2002							
1	Chuquisaca	105.8	74.4	37	5.2	1.009	0	11	0.5	5.6
2	La Paz	128.2	79.4	13	2.1	611	1	21	4.1	7.2
3	Cochabamba	97.9	76.9	28	2.1	863	10	13	3.0	4.9
4	Oruro	53.3	31.8	0	0	0	0	20	0.6	5.1
5	Potosí	79.1	50.6	6	3.1	127	0	0	0	6.4
6	Tarija	111.4	83.9	46	6.1	1.113	69	7	2.0	6.6
7	Santa Cruz	143.8	109	94	1.6	3.033	189	51	3.0	4.0
8	Beni	108.6	75.2	70	23.5	5.942	0	0	0	4.0
9	Pando	111	58.2	100	27.06	1.578	5	0	0	6.9
Total	Bolivia	112.6	79.6	40	4.1	14.276	274	23	2.8	5.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2003.

Las causas de morbilidad que aparecen reflejadas en el Cuadro N° 10 son: la tuberculosis, la malaria, el dengue y el VIH/SIDA. El mayor número de casos de tuberculosis corresponde al departamento de Santa Cruz, con un total de 143.8 x 100.000 habitantes; en la Paz se registraron 128.2; y en Tarija, 111.4; mientras que en Potosí se registran 79.1 x 100.000 habitantes.

La población en riesgo de malaria alcanza el 40% en Bolivia. En el departamento de Pando es del 100%; en Santa Cruz, 94%; y el Beni, 70%; ; mientras que el departamento de Potosí solo representa un 6%. La incidencia de casos de dengue en Bolivia en ese mismo año fue de 274 casos, siendo los departamentos con mayor número de casos los de Santa Cruz y Tarija, con 189 y 69 casos respectivamente; no registrándose, según los datos oficiales, ningún caso en el departamento de Potosí.

La tasa de incidencia del VIH/SIDA en el año 2000 es de 23 casos por 100.000 habitantes, correspondiendo el mayor número de casos a Santa Cruz, Cochabamba y Oruro con 51, 21 y 20 casos respectivamente; no presentándose ningún caso en Potosí.

En cuanto a las principales causas de enfermedad registradas en el año 1993 en Bolivia, con un total de 1.073.673 casos, 527.336 corresponden a 14 causas que podemos ver en el cuadro N° 11.

Cuadro N° 11
Principales causas de morbilidad en Bolivia (1993)

N°	Grupos de causa	Número de casos	Todas las causas (%)	Principales (%)
1	Enfermedades del aparato circulatorio	236.950	22,1	44,9
2	Enfermedades infecciosas intestinales	171.542	16,0	32,5
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias y efectos tardíos de las enfermedades parasitarias	32.696	3,1	6,2
4	Enfermedades del sistema óseo muscular y del tejido conjuntivo	16.617	1,6	3,2
5	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	15.148	1,4	2,9
6	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	14.785	1,4	2,8
7	Enfermedades de la cavidad bucal	12.665	1,2	2,4
8	Parto normal	7.991	0,7	1,5
9	Tuberculosis	7.554	0,7	1,4
10	Causas obstétricas directas	4.684	0,4	0,9
11	Fracturas	2.105	0,2	0,4
12	Enfermedades del aparato urinario	1.695	0,2	0,3
13	Aborto	1.529	0,1	0,3
14	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	1.375	0,1	0,3
	Sub total	527.336	49,2	-
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	15.653	1,4	-
	Demás causas	530.684	49,4	-
	Total general	1.073.673	100,0	100,0

Fuente: SNIS, 1994.

La primera causa de morbilidad en Bolivia en 1993 son las enfermedades del aparato circulatorio, con 236.950 casos que representan el 44,9% del total de las muertes. En segundo lugar están las enfermedades infecciosas intestinales, con 171.542 casos, que representan el 32,5% de todas las causas de morbilidad; en tercer lugar, las enfermedades infecciosas y parasitarias y efectos tardíos de las enfermedades parasitarias, con 32.696 casos que representan el 6,2% de las principales causas; en cuarto lugar, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, con 16.617 casos, que representan el 3,2% de las principales causas; en quinto lugar, las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo, con 15.148 casos que representan el 2,9%; siguen las enfermedades de los órganos genitales femeninos, con 14.785 casos, representando el 2,8%; enfermedades de la cavidad bucal con 12.665 casos, representando el 2,4% de las principales causas; el parto normal con 7.991 casos, que representan el 1,5% de las causas principales; tuberculosis con 7.554 que corresponde al 1,4%; causas obstétricas directas con 4.684, correspondiendo al 0,9% de las principales causas de morbilidad del país.

Cuadro N° 12
Causas de morbilidad general del departamento de Potosí (1999)

N°	Grupo de causa	Total	Grupos de edad									
			< 1 Año		1 A 4		5 A 14		15 A 49		50 A +	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	Enfermedades de las vías respiratorias superiores	38.400	6.617	5.873	5.020	4.472	1.826	1.705	3.459	3.991	4.119	1.318
2	Enfermedades infecciosas intestinales	23.206	5.217	4.397	3.996	3.613	692	618	1.425	1.611	737	900
3	Otras razones para contacto con servicios de salud (controles)	19.012	2.047	2.214	652	593	141	204	545	12.531	35	50
4	Otras enfermedades del aparato respiratorio	12.572	1.283	1.138	801	754	885	838	2.269	2.337	1.096	1.171
5	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	8.957	126	152	65	75	134	202	1.628	3.758	965	1.852
6	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	7.629	5	7	129	11	102	98	1.418	2.427	1.285	2.147
7	Enfermedades de cavidad bucal, glándulas salival y maxilares	6.810	67	57	152	112	553	298	1.748	2.900	419	504
8	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	5.805	55	54	55	39	216	246	1.290	2.195	664	991
9	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias efectos tardíos	5.733	489	447	758	682	839	819	536	877	136	150
10	Heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos	4.707	89	57	215	149	654	376	1.489	731	551	396
11	Deficiencias de la nutrición	4.159	845	863	644	552	54	50	251	493	140	267
12	Trastornos del ojo y sus anexos	3.435	179	122	149	124	233	234	640	862	370	522
13	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	2.676	-	-	-	26	-	64	-	2.418	-	168
14	Rickettsiosis y otras enf. Transmitidas por artrópodos	2.203	17	21	91	102	264	197	688	467	217	139
15	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	2.134	150	155	150	135	187	201	436	471	121	128
16	Enfermedades del aparato urinario	1.877	14	21	19	22	60	42	300	816	241	342
17	Otras lesiones complicaciones precoces de los traumatismos	1.788	24	23	45	20	112	96	542	449	245	232
18	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1.642	43	51	49	64	185	124	312	371	160	283
19	Causas obstétricas directas	1.440	-	-	-	-	-	11	-	1.426	-	3
20	Enfermedades víricas	1.332	47	64	87	76	203	202	189	360	40	64
21	Parto normal	1.037	-	-	-	-	-	1	-	1.036	-	-
22	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	945	4	4	4	13	25	24	163	470	58	180
23	Enfermedades del sistema nervioso	938	4	3	9	11	16	36	217	382	74	186
24	Quemaduras	761	37	45	112	64	75	89	80	139	49	71
25	Luxaciones, esguinces y desgarrs	422	7	6	11	4	41	39	154	82	40	38
26	Otras enfermedades del aparato circulatorio	419	4	8	5	2	4	4	71	130	79	112
27	Aborto	257	-	-	-	-	-	2	-	255	-	-
28	Enf. De la circulación pulmonar. Otras formas enf. del corazón	250	2	1	-	1	7	9	33	73	45	79
29	Enfermedades venéreas	244	-	-	1	-	2	6	93	100	19	23
30	Fracturas	216	-	-	8	7	42	24	66	29	19	21
31	Tuberculosis	192	-	1	3	1	3	4	62	45	39	34
32	Trastornos mentales	156	1	4	2	2	7	4	54	40	25	17
33	Enfermedad hipertensiva	148	-	-	-	2	-	2	30	43	24	47
34	Enfermedades de los órganos genitales masculinos.	100	4	-	1	-	9	-	30	-	56	-

35	Enf. glándulas endocrina. Metabolismo y transt. de la inmunidad	94	12	6	-	-	18	19	6	11	10	12
36	Traumatismos internos e intracraneales, incluso de los nervios	69	1	1	-	-	6	2	15	31	5	8
37	Tumores benignos	31	1	1	-	-	1	2	6	8	4	8
38	Efectos de cuerpo extraño que penetra por orificio natural	29	-	-	1	-	2	1	6	12	2	5
39	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	28	5	10	1	1	-	-	-	10	1	-
40	Efectos tardíos de traumatism. de envenenamient. Efect. tóxicos	21	-	-	4	-	1	2	7	3	4	-
41	Anomalías congénitas	16	1	2	1	-	1	-	3	2	-	6
42	Enfermedad isquémica del corazón	10	-	-	-	-	-	1	-	4	-	5
43	Enfermedad cerebro vascular	9	-	-	-	-	1	-	-	3	2	3
44	Envenenamiento y efectos tóxicos	9	-	-	2	1	-	1	1	3	1	-
45	Otras enfermedades bacterianas	8	-	2	1	2	1	-	1	1	-	-
46	Otros tumores y los de naturaleza no especificada	8	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-
47	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	3	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-
48	Tumor maligno de los órganos genitourinarios	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
49	Fiebre reumática y otras enf. reumáticas del corazón	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
50	Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
51	Tumor maligno de otros sitios y de los no especificados	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Total		123.543	10.780	9.937	8.223	7.260	5.776	5.192	16.806	40.425	7.979	11.165

Fuente: SNIS, 1999.

Como se observa en el Cuadro N° 12, la morbilidad en el departamento de Potosí en el año 1999 alcanza un total de 123.543 casos. En los grupos etáreos, el mayor número de casos de enfermedad del departamento de Potosí se encuentra registrado entre 15 a 49 años, con 57.231 casos; al grupo de edad comprendido entre los 50 años corresponden 19.164 casos; a los menores de 1 año, 20.717 casos; y el grupo de edad entre 1 a 4 años registra 15.483 casos.

Las enfermedades de las vías respiratorias superiores alcanzan un total de 38.400 casos; las enfermedades infecciosas intestinales, 23.206 casos; otras razones por controles en servicio de salud, 19.012 casos; enfermedades del aparato respiratorio, 12.572 casos; enfermedades por otras causas del aparato digestivo, 8.957; enfermedades del sistema óseo muscular y tejido conjuntivo, 7.629; enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares, 6.810 casos; signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, 5.805; otras enfermedades infecciosas y parasitarias, 5.733; heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos, 4.707, constituyendo estas últimas las diez primeras causas de morbilidad del departamento de Potosí.

Cuadro N° 13
Causas de morbilidad por grupos de edad en el Departamento de Potosí (2003)

Patologías	Menor de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 59 años	60 y más	Total
Eruptivas	60	175	210	147	10	602
Tos ferina	0	2	0	0	0	2
Parálisis flácida	0	2	0	0	0	2
Hepatitis viral	8	83	43	9	1	144
Fiebre amarilla	0	0	1	0	0	1
Rabia canina	6	0	0	0	0	6
Total	74	262	254	156	11	757
ITS mujer con úlcera genital	0	3	15	248	12	278
ITS hombre con úlcera genital	0	0	6	122	1	129
ITS hombre con flujo uretral	0	1	9	343	10	363
Sífilis congénita-nacido vivo	1	0	0	0	0	1
Sífilis congénita-mortinato	0	0	0	0	8	8
Total	1	4	30	713	31	779
Malaria	5	33	35	89	15	177
Leishmaniasis	0	0	0	1	1	2
Enfermedad de chagas aguda	7	1	8	30	15	61
Total	12	34	43	120	31	240
Diarrea	25241	66252	5154	13111	3606	113364
Neumonía	6872	13401	1064	2874	1051	25262
Meningitis	2	1	1	1	0	5
Sintomático respiratorio	32	108	443	4419	1659	6661
Total	32153	79771	6663	20418	6319	145324
Atención a la mujer	-	-	-	-	-	2805
Hemorragia 1ra. mitad de embarazo	-	-	-	-	-	867
Parto de adolescente (< de 20 años)	-	-	-	-	-	715
Parto mujer años a (>35 años)	-	-	-	-	-	887
Parturienta con hijo anterior vivo	-	-	-	-	-	322
Parturienta con hijo anterior muerto	-	-	-	-	-	14
Intoxicaciones	-	-	-	-	-	572
Alimentos (brotes)	-	-	-	-	-	114
Alcohol	-	-	-	-	-	296
Drogas	-	-	-	-	-	34
Órganos fosforados	-	-	-	-	-	128
Violencia	-	-	-	-	-	1976
Violencia contra la mujer	-	-	-	-	-	656
Violencia contra el hombre	-	-	-	-	-	196
Violencia contra el niño	-	-	-	-	-	103
Violencia contra la niña	-	-	-	-	-	121
Total	-	-	-	-	-	1076

Fuente: SNIS, SEDES-Potosí, 2004.

El Cuadro 13 muestra las causas de morbilidad del año 2003 por grupos de edad en el departamento de Potosí, sumando un total de 145.324 casos. De acuerdo con el grupo etáreo, el mayor número corresponde a la edad de 1 a 4 años, con 79.771 casos; los menores de 1 año, con 32.153; y entre la franja de edad de 15 a 59 años se registraron 20.418 casos.

Las enfermedades de todos los grupos de edad corresponden en primer lugar a las diarreas, con 113.364 casos, en segundo lugar las neumonías y en

tercer lugar sintomático respiratorio en todos los grupos de edad, registrándose 25.262 y 6.661 casos, respectivamente.

El mayor número de diarreas se encuentra en la edad entre 1 y 4 años, con 66.252 casos; y en la edad de menores de 1 año, con 25.241 casos. En segundo lugar encontramos las neumonías entre 1 a 4 años con 13.401 casos, y en la edad de menores de 1 año con 6.872 casos. Por causas de hemorragias en la primera mitad del embarazo aparecen 867 casos, el parto adolescente en menores de 20 años presenta 815 casos, los partos de mujeres mayores de 35 años registraron 887 casos, y los partos con hijos anteriores vivos y muertos corresponden a 336 casos, haciendo un total de 2.805 casos. Las intoxicaciones por alimentos, alcohol, drogas y órganos fosforados alcanzan un total de 572 casos, y los casos de violencia contra el hombre, mujer, niño y niña un total de 1.076 casos.

Cuadro N° 14
Causas de morbilidad por grupos de edad en el Municipio Potosí (2003)

Patologías	Menor de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 59 años	60 y más	TOTAL
Eruptivas	46	105	134	118	10	413
Tos ferina	0	2	0	0	0	2
Hepatitis viral	6	42	20	4	1	73
Rabia canina	2	0	0	0	0	2
Total	54	149	154	122	11	490
ITS mujer con úlcera genital	0	0	9	92	7	108
ITS hombre con úlcera genital	0	0	1	61	1	63
ITS hombre con flujo uretral	0	0	5	213	4	222
Sífilis congénita-nacido vivo	1	0	0	0	0	1
Total	1	0	15	366	12	394
Malaria	0	0	0	3	0	3
Enfermedad de chagas aguda	0	0	0	30	14	44
Total	0	0	0	33	14	47
Diarrea	4507	8590	1329	3479	667	18572
Neumonía	950	1392	184	691	149	3366
Sintomático respiratorio	26	65	187	564	182	1024
Total	5485	10052	1701	4746	1001	22985
Atención a la mujer	-	-	-	-	-	881
Hemorragia 1ra. mitad de embarazo	-	-	-	-	-	384
Parto de adolescente (< de 20 años)	-	-	-	-	-	211
Parto mujer años a (>35 años)	-	-	-	-	-	286
Intoxicaciones	-	-	-	-	-	303
Alimentos (brotes)	-	-	-	-	-	42
Alcohol	-	-	-	-	-	176
Drogas	-	-	-	-	-	14
Órgano fosforados	-	-	-	-	-	71
Violencia	-	-	-	-	-	37
Violencia contra la mujer	-	-	-	-	-	27
Violencia contra el niño	-	-	-	-	-	6
Violencia contra la niña	-	-	-	-	-	4

Fuente: SNIS, SEDES–Potosí, 2004.

Entre las causas de morbilidad por grupos de edad en el municipio de Potosí (Cuadro N° 14) observamos que las patologías más frecuentes son las diarreas, con 18.572 casos en todos los grupos de edad, seguida de neumonía con 3.366 casos y de sintomáticos respiratorios que hacen un total de 1.024 casos.

El mayor número de patologías corresponde a la edad de 15 a 19 años, mientras que el número de casos se encuentra en la edad de 1 a 4 años con 10.052 casos, en segundo lugar más elevado los menores de 1 año con 5.485 casos y la edad de 15 a 59 años, 4.746 casos.

Al igual que en el Cuadro N° 13, sólo existen datos en la atención a la mujer, intoxicaciones y violencias en resultados totales de casos y no distribuidos en grupos de edad. La atención a la mujer por hemorragias en la primera mitad del embarazo presenta 384 casos; el parto en adolescentes, 211; y el parto en mujeres mayores de 35 años, 286 casos, haciendo un total de 881. En las toxemias por alimentos se registraron 42 casos; alcohol, 176 casos; y órgano fosforado, 71, haciendo un total de 303 casos de morbilidad en el año; mientras que la violencia contra la mujer presenta un total de 27 casos, contra el niño 6 y contra la niña 4, haciendo un total de 37 casos.

Los datos oficiales disponibles sobre morbilidad en el ámbito nacional, departamental y del municipio de Potosí muestran que no existen muchas diferencias entre los tres niveles de análisis. En el ámbito nacional las causas más frecuentes de morbilidad son las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las infecciones intestinales y las enfermedades parasitarias. En el departamento de Potosí encontramos que las tres primeras causas de consulta son las enfermedades respiratorias, seguidas de las intestinales y los controles; mientras que en el municipio de Potosí las causas más frecuentes de consulta son las diarreas, seguidas de las neumonías y de sintomáticos respiratorios.

Enfermedades y padecimientos en la ciudad de Potosí

Elaboramos los datos de morbilidad de la ciudad de Potosí a partir de la información sobre las patologías más frecuentes que aportaron los representantes de los distintos sistemas de atención a la salud.

a) Enfermedades y padecimientos según el personal sanitario

Según el personal sanitario de los centros de atención primaria de la ciudad de Potosí existe diferencias entre las afecciones de los adultos y

de los niños. En ambos casos la demanda de atención más común son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS). Con respecto al mayor número de demandas en los centros de atención primaria son las referidas al programa SUMI (embarazo, puerperio y niños hasta los 6 meses). En la población infantil destacan las IRAS, neumonías, EDAS, desnutrición, accidentes (quemaduras, cortes, etc.), alergias (provocadas en la mayor parte de los casos por el contacto con los animales); mientras que en la población adulta las patologías más comunes son: IRAS, EDAS, enfermedades de transmisión sexual (fundamentalmente candidiasis, tricomonas y herpes), infecciones urinarias, accidentes (cortes, quemaduras, etc.), problemas digestivos, gastritis, tuberculosis, silicosis, parasitosis, cólicos biliares, sarcoptosis, problemas de violencia doméstica y artritis e hipertensión en los ancianos (que recurren al centro fundamentalmente para pedir calmantes).

Cuadro N° 15
Principales enfermedades y padecimientos más frecuentes entre
la población de la ciudad de Potosí según el personal sanitario. 2004

Enfermedades y padecimientos infantiles	Enfermedades y padecimientos masculinos	Enfermedades y padecimientos femeninos
IRAS	Accidentes	IRAS
Neumonía	IRAS	EDAS
EDAS	Gastritis	Enfermedades de transmisión sexual
Accidentes	Silicosis	Parto
Vacunación	Tuberculosis	Puerperio
Desnutrición	EDAS	Infecciones urinarias
Sarna	Parasitosis	Gastritis
Sarcoptosis	Alergias	Parasitosis
Alergias	Cólicos biliares	Cólicos biliares
Varicela	Hipertensión	Planificación familiar
	Artritis	Alergias
		Accidentes
		Artritis
		Hipertensión
		Violencia doméstica

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

En la población infantil se destacan, por orden de frecuencia: IRAS, neumonías, EDAS, accidentes, desnutrición, sarna, sarcoptosis, alergias y varicela, siendo uno de los motivos de visita al consultorio la administración de vacunas. En la población adulta las patologías más comunes son, al igual que en la población infantil: IRAS, EDAS, accidentes y alergias, destacándose para los hombres las enfermedades relacionadas con el trabajo en las minas: silicosis y tuberculosis, siendo común los problemas de gastritis, parasitosis y cólicos biliares. Las afecciones de las mujeres hacen referencia al embarazo, parto y puerperio, siendo una de las mayores demandas en los centros de salud la consulta para hacer planificación familiar (el método más utilizado es la inyección que se administra cada tres meses). La violencia doméstica no es un motivo común de consulta en los centros de atención primaria, pero sí es motivo de consulta a las trabajadoras sociales en sus visitas a la comunidad. Mientras que las patologías más frecuentes por las que las mujeres recurren al centro de salud, en orden de frecuencia, son: IRAS, EDAS, enfermedades de transmisión sexual, infecciones urinarias, gastritis, parasitosis, cólicos biliares, alergias y accidentes. La población mayor de 60 años suele recurrir a la consulta por artritis e hipertensión.

b) Enfermedades y padecimientos según los terapeutas tradicionales

En el caso de los terapeutas tradicionales, las dolencias más frecuentes en la población infantil tienen relación con las patologías populares como son el susto, el estómago vacío, el amartelo, el orejo, el viento y el frío, reconociendo también como patologías frecuentes la diarrea y los problemas respiratorios. La mayoría son tratadas en este sistema médico. En cuanto a las patologías más frecuentes en los hombres encontramos como patologías populares: el susto, la gloria, el embrujo, la *qayqasqa*, el viento, el frío y reconocen también el mal de mina, junto con el alcoholismo y los problemas de estómago. Para las mujeres reconocen también una serie de patologías populares como son: la gloria, el embrujo, la *qayqasqa*, el viento, el frío y patologías biomédicas como los problemas en la matriz, problemas de vesícula, problemas respiratorios, problemas de estómago y alcoholismo.

Cuadro N° 16
Principales enfermedades y padecimientos más frecuentes
según los terapeutas tradicionales de la ciudad de Potosí, 2004

Enfermedades y padecimientos infantiles	Enfermedades y padecimientos masculinos	Enfermedades y padecimientos femeninos
Susto	Susto	Problemas de la matriz
Estomago vacío	Gloria	Gloria
Amartelo	Embrujo	Embrujo
Diarrea	Qayqasqa	Qayqasqa
Orejo	Mal de Mina	Problema de vesícula
El viento	El viento	El viento
El frío	Frío	Frío
Problemas respiratorios	Alcoholismo	Alcoholismo
	Problemas de estómago	Problemas de estómago
		Problemas respiratorios

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

c) Enfermedades y padecimientos según los pastores evangélicos

Las enfermedades mencionadas por los pastores evangélicos como las más comunes en la ciudad de Potosí referidas a la población infantil son: los resfríos, la gripe, las infecciones intestinales y la diarrea; mientras que para los hombres, la pulmonía relacionada con el trabajo en la mina, el resfrío y la brujería. En las mujeres aparecen como las afecciones más comunes: la “madre” (enfermedad popular relacionada con problemas en la matriz), la brujería, el frío de estómago y el sobrepeso, como patologías populares, y resfrío, diarrea, problemas de estómago como patologías biomédicas.

Cuadro N° 17
Principales enfermedades y padecimientos según
los pastores evangélicos de la ciudad de Potosí, 2004

Enfermedades y padecimientos infantiles	Enfermedades y padecimientos masculinos	Enfermedades y padecimientos femeninos
Resfrío	Resfrío	Madre
Gripe	Pulmonía (mineros)	Resfrío
Infecciones intestinales	Brujería	Diarrea
Diarrea	Problemas de estómago	Problemas de estómago
Espíritu de miedo (susto)		Sobrepeso
		Brujería
		Frío de estómago

Fuente: Elaboración Propia. Potosí, 2004.

d) Morbilidad según las madres

A diferencia de la información brindada por el personal de salud, las madres entrevistadas de la ciudad de Potosí reconocen tanto patologías populares como biomédicas.

Cuadro N° 18
Principales enfermedades y padecimientos
según las madres de la ciudad de Potosí, 2004

Enfermedades y padecimientos infantiles	Enfermedades y padecimientos masculinos	Enfermedades y padecimientos femeninos
Diarrea	Diarrea	Diarrea
Resfrío	Resfrío	Resfrío
Estomago vacío	Susto	Madre
Susto	tuberculosis	Susto
Amartelo	Frío	Mal de los huesos
Frío	Reumatismo	Frío
Calor	Parásitos	Reumatismo
Tos	Alcoholismo	Parásitos
Sarampión	Gripe	Sobrepardo
Gripe	Viento	Gripe
		Viento

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

Para las madres, las enfermedades infantiles con mayor frecuencia son la diarrea, el susto, el resfrío, el estómago vacío, el amartelo, el frío, el calor, la tos, el sarampión y la gripe. Las principales enfermedades y padecimientos masculinos se destacan en frecuencia por la diarrea, el resfrío, el susto, la tuberculosis, el reumatismo, el frío, la parasitosis, la gripe, el viento y el alcoholismo. En las mujeres reconocen como las patologías más comunes casi las mismas que en los hombres, exceptuando la tuberculosis, la enfermedad de la madre y la enfermedad de huesos, relacionadas con el trabajo de las mujeres lavanderas y el sobrepardo.

En el Cuadro N° 19 presentamos las principales enfermedades y padecimientos aportados por todos los representantes de los sistemas médicos.

Cuadro N° 19
Principales enfermedades y padecimientos entre la población de Potosí según
los distintos representantes de los sistemas médicos de la ciudad de Potosí, 2004

Enfermedades o padecimientos	Personal sanitario	Terapeutas tradicionales	Pastores evangélicos	Madres
IRAS	X	X		
EDAS	X	X		X
Neumonía	X			
Accidentes	X			
Desnutrición	X			
Sarna	X			
Sarcoptosis	X			
Alergias	X			
Varicela	X			
Enfermedades de trasmisión sexual	X			
Infecciones urinarias	X			
Gastritis	X			
Cólicos biliares	X			
Artritis	X			
Hipertensión	X			
Silicosis	X	X		X
Tuberculosis	X			
Violencia doméstica	X			
Parto	X			
Puerperio	X			
Susto			X	X
Estomago vacío		X		X
Amartelo		X		X
Orejo		X		
Viento		X		X
Frío		X		
Embrujo		X	X	
Qayqasqa		X		
Alcoholismo		X		X
Problemas de la matriz		X		
Problemas de vesícula		X		
Resfrío			X	X
Gripe			X	X
Pulmonía			X	
Sobreparto			X	X
Madre			X	X
Problemas de estómago			X	
Infecciones intestinales			X	
Calor				X
Tos				X
Sarampión				X
Reumatismo				X
Mal de huesos				X
Parásitos	X			X
Gloria		X		

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

Una primera lectura permite observar la tendencia de adscribir los principales padecimientos al enfoque particular de cada sistema terapéutico. En el caso del personal sanitario, la clasificación responde a las patologías atendidas en su consulta, y esto podría decirse también de los terapeutas tradicionales. Por otra parte, la selección que hacen las madres aparece relacionada tanto con las enfermedades biomédicas como con los padecimientos y patologías populares, al igual que los pastores evangélicos.

Para finalizar, en el Cuadro N° 20 comparamos los datos de morbilidad del sistema biomédico, a través de los datos de Bolivia, del departamento de Potosí y del personal sanitario de los centros de atención primaria que atienden en la ciudad de Potosí.

No existen muchas diferencias entre los datos de morbilidad del país, el departamento y los datos aportados por el personal de los centros de salud de Potosí. En la ciudad de Potosí aparecen específicamente algunas patologías que no se destacan en Bolivia ni en el departamento como son los accidentes, las enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición infantil, apareciendo como dato importante en la ciudad la violencia doméstica.

Cuadro N° 20
Principales enfermedades/padecimientos en población adulta en Bolivia, departamento de Potosí y ciudad de Potosí según el personal sanitario de atención primaria, 2004

Bolivia	Departamento de Potosí	Ciudad de Potosí
Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades vías respiratorias superiores	IRAS
Enfermedades infecciosas intestinales	Enfermedades infecciosas intestinales	EDAS
Enfermedades parasitarias	Controles	Neumonía
Enfermedades del sistema oseo-muscular y del sistema conjuntivo	Otras enfermedades del aparato respiratorio	Desnutrición
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	Varicela
Enfermedades de los órganos genitales femeninos	Enfermedades osteo-muscular y tejido conjuntivo	Sarna
Enfermedades de la cavidad bucal	Enfermedades de cavidad bucal	Sarcoptosis
Parto normal	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	Alergias
Tuberculosis	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias efectos tardíos.	Tuberculosis
Causas obstétricas directas	Heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos	Enfermedades de transmisión sexual
Fracturas	Deficiencias de la nutrición	Infecciones urinarias
Enfermedades del aparato urinario	Trastornos del ojo	Gastritis
Aborto	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	Parasitosis
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	Cólicos biliares
	Enfermedades del aparato urinario	Accidentes
		Artritis
		Hipertensión
		Parto
		Puerperio
		Violencia doméstica

Fuente: Elaboración propia. Potosí, 2004.

Perfiles epidemiológicos de la población de Potosí

Según los datos oficiales del sistema biomédico, las tasas de mortalidad materna en el departamento de Potosí son las más altas del país, con 610 casos por 100.000 nacidos vivos. Las causas de mortalidad infantil guardan estre-

cha relación entre lo nacional, lo departamental y la ciudad de Potosí. Otras patologías, entre ellas las enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo, coadyuvan a las altas tasas de mortalidad de menores de 1 año. La tasa de mortalidad en menores de 5 años en Bolivia es de 92 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Potosí es de 119 por 1.000 nacidos vivos, constituyéndose también en la tasa más alta del país. Las diarreas y neumonías son las principales causas de muerte en la ciudad de Potosí.

La incidencia de tuberculosis en todas sus formas, especialmente la pulmonar, es otro problema de salud pública que encontramos distribuido en todos los departamentos del país, siendo Santa Cruz el departamento con mayor incidencia. Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las patologías más prevalentes en Bolivia y en el departamento de Potosí.

De igual forma, las enfermedades diarreicas agudas son las que se presentan en mayor número de casos en todos los grupos de edad y particularmente en menores de 5 años. En el municipio de Potosí ambas patologías son las más frecuentes. Con respecto a los datos aportados por el personal sanitario de la ciudad de Potosí encontramos que existen otro tipo de patologías preocupantes, como es el caso de la desnutrición, la silicosis, los accidentes laborales, el alcoholismo y la violencia doméstica.

Según los otros sistemas médicos, encontramos que la morbilidad están constituidas por patologías no solo biomédicas sino también populares. Con respecto a las causas de muerte destacamos la enfermedad del susto como la más importante dentro de las causantes de mortalidad infantil, según los terapeutas tradicionales y las madres, mientras que para los adultos aparece la brujería/embrujo. En cuanto a las patologías biomédicas se encuentran los accidentes laborales, reconocidos por todos los sistemas médicos, el “mal de mina” y el alcoholismo, que no aparecen en los datos epidemiológicos oficiales a nivel nacional, ni departamental.

Con respecto a las enfermedades y padecimientos más frecuentes se destacan en los sistemas médicos de Potosí la violencia doméstica, el alcoholismo y toda una serie de patologías populares como el susto, el viento, la madre, el amartelo, el orejo, etc., que afectan a la salud de la población.

Algunos aspectos que contribuyen las causas de morbilidad de la ciudad de Potosí son el hacinamiento, la falta de empleo, la migración constante entre campo-ciudad y fundamentalmente la pobreza, que influyen en una serie de patologías psíquicas que no están siendo representadas en los datos epidemiológicos.

Consideramos que las problemáticas más relevantes sobre las que se debería trabajar en la creación de programas y políticas concretas para la ciudad de Potosí, son el alcoholismo, los accidentes laborales, el suicidio en adolescentes, la violencia doméstica, el embarazo no deseado en adolescentes y la desnutrición en ancianos.

CAPÍTULO 5

El sistema de autoatención y el papel de la mujer

La articulación entre las representaciones y las prácticas de las madres quechuas sobre el proceso de salud/enfermedad/atención nos permitirá aproximarnos a la manera en que construyen socioculturalmente los padecimientos. Para ello, abordaremos la prevención y el diagnóstico de las enfermedades/padecimientos que realizan las madres a través de las prácticas populares y observaremos cómo la problemática de la automedicación es una parte importante de la autoatención. A través de cinco itinerarios terapéuticos analizaremos la manera en que las madres interpretan y elaboran las enfermedades/padecimientos con respecto a lo que ellas consideran los principales padecimientos de la ciudad de Potosí.

Para el análisis de este sistema médico nos centraremos fundamentalmente en las mujeres del grupo familiar, ya que consideramos que son las que desempeñan un papel fundamental en la atención de la salud familiar, así como las que toman las decisiones en la búsqueda de atención a la salud (Zolla 1983; Scheper-Hughes 1984, 1990; Módena 1990; Osorio 2001; Ramírez Hita 2007).

Siguiendo a Eduardo Menéndez, por autoatención entenderemos: “nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar,

aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez 2002:14). Es a partir de este concepto que analizaremos este sistema médico entre la población quechua de bajos recursos de la ciudad de Potosí.

Las mujeres quechuas fueron una de nuestras principales unidades de análisis y el eje estuvo puesto en cómo estos sujetos sociales perciben el proceso de salud/enfermedad/atención y en cómo construyen su sentido y significado. Las mujeres con las que trabajamos eran de bajos recursos, provienen tanto del área rural como de la zona urbana, y pertenecientes a las religiones evangélica, católica y andina. Todas ellas madres, con un rango de edad entre 15 y 67 años.

Para las madres quechuas entrevistadas las enfermedades infantiles más comunes que aparecen en la ciudad son la diarrea, el resfrío, estómago vacío, el susto, el amartelo, el frío, el calor, la tos, la gripe y el sarampión. En el caso de los adultos, las enfermedades más frecuentes son el reumatismo, la diarrea, los resfríos, el mal de corazón, el mal de huesos, la tuberculosis, el susto, el frío, los parásitos, el viento, la enfermedad de la madre y el alcoholismo.

Según las madres, las causas de mortalidad más frecuentes en los niños son la diarrea, la neumonía, el estómago vacío, problemas en el parto que afectan a los niños, el oído y los accidentes. Para los adultos, los motivos son el parto en las mujeres; y en los hombres el “mal de mina”¹ y la tuberculosis, mientras que para ambos sexos las causas de muerte más frecuentes son la neumonía, el arrebato, el embujo, el oído y los accidentes. Las madres reconocen en los datos de morbilidad tanto patologías biomédicas como populares, y utilizan en algunos casos denominaciones diferentes para enfermedades con equivalente biomédico. Ambas patologías –biomédicas y populares– afectan a la salud de los miembros de la ciudad de Potosí, y para las madres ambas representan las causantes de la morbilidad en la población.

La denominación de las enfermedades o padecimientos varía dependiendo de si las mujeres son de religión evangélica, católica o andina. El cambio de denominación en algunas enfermedades que realiza la religión evangélica no sólo es una cuestión semántica, sino que significa un cambio en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de los padecimientos.

¹ Silicosis.

Algunas prácticas populares en torno a la prevención y el diagnóstico de las enfermedades/padecimientos²

Comenzaremos por la atención a los más pequeños. El cuidado de los bebés se considera importante, y determinados descuidos pueden provocar diferentes enfermedades o padecimientos. Uno de los factores importantes según las madres quechuas es el cuidado de los pañales, como lo muestran los siguientes relatos:

En la noche hay que cambiar dos veces a la wawa, porque se orina y eso pasa pues...hay que usar las janantas, porque ya hay pañales desechables hasta para los naciditos, pero el pañal desechable le vuelve tosco, que tanto ponerle sus entrepiernitas le abre pues, le abre pues su vaginita a la wawa. Mientras las janantitas le envuelves, hacisito con los piecitos y las entrepiernitas también bien juntaditas, no pues no es abierto, yo también de usar uso pañal pero a partir de un año y medio (Madre, 25 años).

Hay que tener cuidado porque algún mal puede caminar en la noche y le ve a las janantitas, le ve la ropa y llora de esito la wawa y las janantas a partir desde el nacidito hasta los dos años, tres no se hace secar mucho en el sol, hasta el de un año ¿no? O hasta sus seis meses depende de nosotros, porque el sol le calienta y si con eso le envolvemos, eso le entra a su cuerpo y comienza a hacerle mal y empieza a diarrear verde. Hay que hacer secar en la sombra (Madre, 30 años).

Hay que secar un poco al sol y un poco a la sombra y a la noche no hay que dejar porque sino le sale sacres, espíritus malos que salen a la noche, como diablos dicen que son, por eso a las 6 de la tarde ya hay que meter dentro. A veces hay un animalito que se queda en el pañal, por eso hay que sacudir, si no sacu-

² Daremos a conocer sólo algunas prácticas populares en torno al cuidado de la salud, a modo de ejemplo.

des bien, eso puede entrar a su piecito y hasta el huesito afecta. Los chiquitos no pueden dormir, incómodos se sienten, decaídos... y pueden llegar a morir (Madre, 17 años).

Es tal la importancia que las madres dan al lavado y secado de las janantas³, que un mal cuidado de ellas puede provocar enfermedad al bebé, e inclusive llevarlo a la muerte.

Otro de los cuidados que realizan las madres después del parto, tanto para ellas mismas como para el bebé, es lo que se llama “fajar”⁴. La costumbre quechua de fajar a la madre después del parto es para sujetar la matriz, de tal manera que ayuda a endurecerla, mientras que “fajar” a los bebés se realiza como acto preventivo para que no se enfermen y para conseguir que sus piernas crezcan rectas. Veamos algunos relatos:

En el hospital no te amarran, dicen que no hace falta, pero cuando llegué a la casa mi suegra me amarró. Si se sube la matriz puede ser peligroso, por eso hay que amarrar (Madre, 29 años).

A los niños desde que nacen hasta un año se fajan con los bracitos, a partir de un año se fajan de la cintura hacía abajo, porque la wawa de un año ya quiere mover su mano, y a partir de ahí se fajan hasta los dos años y medio o tres. Solo se fajan cuando duermen. Sí no se faja el niño no será fuerte (Madre, 25 años).

Yo le fajo hasta la cabeza, todito, para dormir nomás. Hay que apretar para que sea firme, recto, no chueco. También se les faja para que no se destapen... sino se pueden enfermar. Así también quedan calentitos (Madre, 22 años).

Otra de las prácticas que se siguen realizando en la ciudad es el entierro de la placenta después del parto. En la cultura quechua es importante enterrar

³ Las janantas son trapos que se usan como pañales.

⁴ El acto de fajar consiste en envolver a través de una faja, con el objetivo de sujetar partes del cuerpo.

la placenta, acto que suele realizar el padre del recién nacido, el mismo que ayuda al parto cuando se realiza en el interior del hogar⁵:

Cuando el parto lo tenemos en la casa es el hombre el que ayuda, cortan el cordón con una tijera y después lo bañan al bebé con agua caliente, al día siguiente se baña el niño y después a la semana. En el hospital no los bañan, sólo los limpian y eso no es bueno. La placenta se entierra después del parto; pero no en el interior de la casa, se entierra en el patio o en un agujero en la pared, y se mete ahí. Sí no se entierra la placenta cuando la madre tiene el niño, el niño cuando sea grande tendrá mala vida, será flojo, no le irá bien (Madre, 60 años).⁶

El cuidado en los primeros días es importante para el futuro del niño, y realizar todas las prácticas expuestas implica augurar un buen futuro para el recién nacido. Algunas madres consideran que si sus hijos salen más “*blanquitos*” tendrán más oportunidades en la vida. Para ello existen algunas prácticas para conseguir que el bebé no nazca “*muy morenito*”:

Cuando estaba embarazada comí mucha manzana verde, leche, yogurt, miel de abeja y huevo para que el niño saliera blanco, y así ha salido; míralo, bien blanquito (Madre, 17 años).

En cuanto a la prevención de enfermedades, no sólo de los bebés sino de todo el grupo familiar, los animales domésticos que se encuentran en las casas están como protectores no sólo de ladrones, sino que las madres creen que si cae una maldición sobre la casa o alguien hace brujería sobre alguno de los integrantes de la misma, los animales domésticos son los primeros en enfermar; ellos evitan que las maldiciones o brujerías no lleguen a las personas. Cuando el animal doméstico se enferma, una de las prácticas habituales es poner ajos alrededor del animal y ahumarlo con la planta de romero. De igual manera, las

⁵ En la ciudad de Potosí registramos un mayor número de partos que se realizan en las casas que en el hospital. La desconfianza en los servicios de salud es debida al maltrato que reciben las madres en el mismo. Contrariamente a lo que se piensa no son los terapeutas tradicionales, ni las parteras quienes atienden la mayoría de los partos sino que la atención es hecha por el padre del recién nacido en la mayoría de los casos.

⁶ Actualmente en el hospital se entrega la placenta si la madre la reclama.

casas son regadas con agua bendita, y sobre el marco de las puertas se colocan hierbas de protección que espantan a los malos espíritus. Es común encontrar tijeras o cuchillos detrás de las puertas para que no entren los ladrones, ni ningún alma maligna que pueda traer consigo “desgracia” o enfermedad.

Existen diferentes técnicas para el diagnóstico de las enfermedades/padecimientos que son realizadas por las madres en el interior del hogar. Una de ellas es a través del sueño. Los sueños requieren de una interpretación minuciosa, que muchas madres saben realizar:

Los sueños te avisan cuando vas a enfermar y a veces de qué vas a enfermar. Por ejemplo, cuando me sueño con agua limpia siempre lloro y cuando sueño con agua sucia siempre me enfermo... muchas veces las almas vienen y te hablan, las almas siempre hablan en sueños y vienen a decirte cosas, muchas veces es para recordarte que no has cumplido con ellas (Madre, 23 años).

Otra de las técnicas para diagnosticar la enfermedad/padecimiento es a través de la observación del orín, de la lectura de las hojas de coca y tomando el pulso de la sangre. Hemos observado que algunas madres conocen dichas técnicas y hacen uso de ellas para los miembros de su familia, pero éstas son en realidad las técnicas de diagnóstico utilizadas por los terapeutas tradicionales que, como hemos podido comprobar, son reincorporadas en los saberes maternos.

Los varones tienen mayor influencia sobre la salud del grupo familiar de lo que parece en un primer contacto con las familias. Los padres no sólo son las personas que ayudan en el momento del parto –cuando el parto es realizado en el domicilio– sino que también influyen en la decisión de poner las vacunas a los hijos:

Muchas veces los mineros tienen varios turnos de trabajo, deben dormir y no quieren que vacunen a sus hijos porque lloran y no les dejan dormir, y aunque las mujeres quieran no pueden porque el marido no las deja (Trabajadora Social).

La decisión última sobre la realización de la planificación familiar corresponde también al compañero de la mujer. Si bien las mujeres son las que se

encargan de la atención de la salud del grupo familiar, el hombre es el que debe dar el último consentimiento para realizar ciertas prácticas. Es por esto que la importancia de los hombres en la toma de decisiones de la salud debe ser tenida en cuenta a la hora de diseñar estrategias de mejoramiento de la salud familiar.

El problema de la automedicación

La automedicación aparece como una problemática para los médicos y el sistema biomédico en general, no siendo un problema para las madres, para los terapeutas tradicionales ni para los pastores evangélicos, quienes reconocen el saber de las madres en la resolución de algunos problemas de salud.

Como comenta un médico de un centro de atención primaria:

Dentro de la ciudad yo diría que un 70% se automedica. Con las IRAS por ejemplo, prefieren asistir a la farmacia y decirle a la farmacéutica: por favor, déme alguna inyección o qué tableta puedo tomar para curar el resfrío (Médico).

Otro médico destaca los aspectos económicos y culturales como los factores más importantes en la problemática de la automedicación, utilizando el termino cultura como sinónimo de ignorancia:

Yo creo que el factor preponderante para que realmente las atenciones se realicen en la casa, o se automediquen, es por el factor económico, pero también otro factor sería el cultural... como viene la mayoría del área rural, no entienden todavía la medicina occidental, y por eso se automedican (Médico).

El factor económico también es mencionado por varios miembros del personal de salud:

El factor económico es otra barrera, por ejemplo las personas mayores no quieren gastar sus cinco pesos de la consulta, y entonces prefieren automedicarse, o van a la farmacia directamente y se compran el medicamento, a veces las personas vie-

nen y dicen: yo no quiero consulta, véndeme un calmante nomás (Auxiliar de enfermería).

En el siguiente relato se pueden ver algunas de las limitaciones y dificultades que presentan los centros de atención primaria:

La automedicación también es una manera cómoda... tienen dolor de estómago, mate de coca; algún matecito, porque no quieren salir de la casa. Otra cosa que puede ser es la falta de recursos económicos y también por la espera que realizan cuando van al consultorio, a veces tienen que esperar toda la mañana o toda la tarde, entonces esas molestias no las quieren pasar y recurren primero a la automedicación. Posteriormente, cuando se ven tan mal, van donde el médico. Un paciente digamos que está con EDA, con diarrea una niña; no acuden al puesto de salud, ellos nos dicen que no les damos nada más que sales de rehidratación, lo que ellos quieren es... o sea jarabes, es lo que piden ¿no?, nosotros explicamos luego que no todos los pacientes necesitan el mismo tratamiento, entonces en cierta manera ellos están aburridos con el tipo de tratamiento que les damos, con las sales de rehidratación y el paracetamol que ya se conocen de memoria, y dicen que todas las veces damos eso y eso. Y a parte de eso, las tabletas que nos da el SUMI no tienen buen sabor, es repicante para los menores. Hemos pedido que pongan un buen sabor para los niños (Auxiliar de enfermería).

El personal de salud encuentra que esta problemática es producida por factores económicos, culturales y del propio sistema de salud. En Bolivia, los medicamentos se venden al cliente por unidades y sin prospecto. En nuestra observación observamos que es común comprar antibióticos sueltos, por unidad:

Cuando compro antibióticos compro uno nomás, y si no se pasa a veces tengo que comprar otro (Madre, 22 años).

El paciente no tiene acceso a ver la fecha de caducidad, ni a poder informarse sobre efectos secundarios y demás información que refiere al medica-

mento comprado. Uno de los problemas que consideramos deben de ser analizados por las autoridades sanitarias es el hecho de que en las farmacias se puede comprar sin receta médica y los medicamentos no van acompañados de prospecto. Las madres depositan por lo general toda su confianza en el farmacéutico, quien además de vender los medicamentos administra inyecciones:

El problema es que los medicamentos que dan en el centro de salud no hacen efecto, paracetamol es lo único que sale, pero eso no le hace efecto a mi hijo; y cada vez así, al final tengo que ir a comprar a una farmacia algo más fuerte. Si le llevo al médico y le digo si puedo recetar eso, ellos no saben dar y dicen entonces, no es mi problema si le pasa algo a tu hijo; o sea que hacen asustar igual, y yo porque ya no sufra mi hijo... porque varias veces hay noches que no duerme de la tos, no puede respirar, ni por la nariz, ni por la boca y he tenido que hacerle pinchar pues, sin receta del médico (Madre, 33 años).

Es muy común ver a los pacientes en las salas de espera de los centros de salud, y una vez atendidos desplazarse a una farmacia fuera del centro por no haber sido satisfechos con lo recetado por el médico⁷. Al contrario de lo que ocurre en otros países, donde las casas están normalmente repletas de medicamentos, en Potosí no es común encontrar en los núcleos familiares medicamentos de patente; normalmente se compran las unidades que las madres consideran estrictamente necesarias para conseguir la curación:

Sinceramente, yo voy a la farmacia, cuando vas al hospital sólo te dan paracetamol, cotrimoxasol y nada más; es lo único que dan, y si eso no les hace bien no nos queda otra que ir a la farmacia y comprar algo más fuerte (Madre, 23 años).

En cuanto al tratamiento que realizan las madres en el interior del hogar, además del uso de los medicamentos de patente existe un amplio conocimiento de la medicina casera por parte de la mayoría de las madres, preparados a través de

⁷ Los medicamentos que se venden en los centros de salud son limitados y las madres los conocen, saben aquellos que les hace efecto y los que no. Es recurrente encontrar quejas de las madres en los servicios de salud porque siempre reciben la misma medicación.

plantas medicinales o productos alimenticios, que generalmente son transmitidos de generación en generación. Transcribiremos sólo algunos tratamientos que realizan las madres para algunas enfermedades, como ejemplo de su conocimiento⁸:

Aprendí de mi mamá, de mi abuela, por ejemplo para la diarrea preparamos el arroz hervido, tostado el arroz y así con una hierbita que llamamos hierba buena, preparamos una hojita, un ramito de canela, un poquito de anís y el coco de la palta... Lo rallamos después, colocamos un pedacito de pan quemado, después cascarita de granada que llamamos y si no hay granada, bueno, así nomás, con pan. Todo esto se cuele y se toma el agüita solamente colando. Hay que darle bastante líquido para que le limpie (Madre evangélica, 39 años).

Cuando en casa tenemos mal de hígado, cuando no hay apetito, no hay ganas de comer, hay náuseas, la boca picante se vuelve, entonces hay que licuar alcachofa o diente de león con limón y agua. Tres o cuatro veces al día hay que tomar, y otra cosa que va bien es aceite de olivo con limón en ayunas (Madre, 50 años).

Para la calentura el orín de los chiquitos. Hay que hacer orinar a los chiquitos y hay que bañarlo calentito y hay que envolverlo y hacer dormir fresquito, eso le baja la calentura. Con lisa también se baja la calentura, y cuando duele la cabeza, también. Hay que coger de la lisa roja y con ese rojito delgadito hay que sacarlo y ponerlo en la cabeza, y entonces calma también (Madre, 67 años).

Para el resfrío la planta de hierba buena, esa hierba buena hay que sacar... nuestra leche misma, el huevito, el huevito hay que agujerear así con cucharillita, hay que hacer hervir hierba buena y eso también es bien para el resfrío. Esto es para los bebés nomás, para los que están lactando (Madre, 17 años).

⁸ El material que hemos recogido sobre medicina casera es muy abundante, pero aquí sólo exponemos algunos de los remedios a modo de ejemplo.

Para los huesos, el huevo, el huevo sirve para muchas cosas, su cáscara bien lavadita hay que molerla y su caldo es para los huesos, el huevo debe ser criollo, del campo (Madre, 67 años).

Para los dolores en la boca te enjuagas con tu orín cada mañana caliente y los dolores se van. El orín se usa para muchas cosas, los curanderos mirando el orín nomás saben que tienes (Madre, 30 años)

Al mismo tiempo que las madres utilizan remedios caseros para la resolución de problemas de salud, estos remedios suelen ser combinados con medicamentos de patente, dependiendo de la gravedad de la enfermedad y del diagnóstico que se haya realizado sobre la misma. Es decir, que si se trata de una patología popular se utilizan los remedios caseros, pero si es una patología biomédica suelen utilizarse medicamentos de patente junto con rituales curativos y remedios caseros, como podremos ver a continuación en las narraciones de algunos itinerarios terapéuticos.

Algunos itinerarios terapéuticos

A través de los siguientes itinerarios terapéuticos veremos cómo las madres entienden y atienden la enfermedad, observaremos cuáles son los significados que ellas dan a las distintas enfermedades/padecimientos, y cómo articulan los diferentes saberes médicos para la resolución de los problemas de salud de su grupo familiar.

En todas las unidades domésticas en las que trabajamos pudimos comprobar que son las madres de mayor edad del hogar las que suelen asesorar al resto de las mujeres del grupo familiar para la resolución de los problemas en torno a la salud. Pero también comprobamos que, si bien reciben asesoramiento de sus madres o suegras, terminan resolviendo a su manera el problema, coincidiendo o no con la opinión recibida. Es decir que dentro de una misma casa familiar las resoluciones suelen realizarse individualmente, y en ello influyen diferentes aspectos: la situación laboral de la madre (sí tiene más o menos tiempo para dedicar a la persona enferma o para recurrir a diferentes sistemas médicos), la situación socioeconómica, la gravedad de la enferme-

dad o padecimiento, su grado de formación y la religión a la que pertenece la familia. La situación de pobreza en la que vive la mayoría de las familias limita, sin lugar a dudas, las posibilidades de resolución de los problemas de salud. Muchas veces se recurre como primer nivel de atención a la farmacia o a la compra de plantas medicinales, antes de ir al consultorio médico o al terapeuta tradicional. Algunos de los motivos son:

- 1) Por ser lo más rápido y no tener tiempo de ir al consultorio médico.
- 2) Por no estar el horario del consultorio médico adecuado a las necesidades de la mayoría de las madres trabajadoras.
- 3) Por no tener recursos para recurrir al puesto de salud y comprar medicamentos, saltándose el paso de la consulta y recurriendo directamente a comprar medicamentos de patente o naturales.
- 4) Por desconfianza de los servicios de salud, fundamentalmente por no ser las madres bien atendidas en este sistema.

Las madres que están aseguradas suelen realizar un mayor número de consultas al médico que aquellas desprotegidas por la seguridad social, como relata una de ellas:

Las personas aseguradas van todo el rato al médico, van a la Caja, si les dicen que se tienen que operar se operan y así... somos los pobres, los que no tenemos, los que no podemos ir pues, y tenemos que curarnos nosotros con lo que podemos, ni a curanderos a veces no podemos ir. Depende que tengas te cobran mucha plata. Los pobres no nos podemos enfermar (Madre, 50 años).

En algunas ocasiones los aspectos socioeconómicos pesan más que los aspectos culturales a la hora de solucionar los problemas de salud:

Las mamás no siempre tenemos plata para llevar a los hijos al médico particular o comprarle los medicamentos, o bien podemos conseguir para el médico pero no para los medicamentos y así (Madre, evangélica, 39 años).

Yo me atiendo en casa por falta de plata y de tiempo (Madre, 22 años).

A continuación expondremos algunos itinerarios terapéuticos narrados por las madres, y otros observados por nosotros, en donde veremos cómo los sujetos sociales encuentran diferentes formas de resolver sus problemas de salud, dentro de la amplitud y el pluralismo médico existente. Será desde los itinerarios terapéuticos que analizaremos la articulación entre las representaciones y las prácticas que realizan las madres de la ciudad de Potosí. De las numerosas narraciones que registramos seleccionamos las cinco que consideramos más representativas (de madres católicas y evangélicas que hacen referencia tanto a patologías populares como biomédicas) para observar la síntesis de saberes y las diferentes trayectorias que se realizan, dependiendo de la procedencia de las distintas patologías. De igual manera, veremos las diferencias en la interpretación de las enfermedades o padecimientos que aparecen entre mujeres de diferente religión.

a) Azucena

Azucena nació en Otavi, departamento de Potosí, sus padres murieron cuando ella era chica y se crió con una tía. Su idioma es el quechua, y el castellano lo habla con dificultad. A sus 17 años ya es madre, tiene un bebé de 6 meses. Hace unos años vino con una de sus hermanas a trabajar a Potosí, donde conoció al padre de su hijo, Alfredo, quien tiene una hija de 10 años de otra relación anterior. No tiene trabajo fijo; ahora está como ayudante mecánico pero pensando en emigrar a Argentina, donde ya estuvo trabajando como albañil durante dos años, allí tiene un hermano. Azucena y Alfredo viven en una habitación junto con su bebé y una niña de 11 años, de la zona rural de Tinguipaya, que les ayuda con la casa y el niño, y ayuda también a las hermanas de Alfredo. Azucena no trabaja desde que ha tenido el bebé, pero anteriormente trabajaba de empleada doméstica. La familia de Alfredo es de origen ciudadano, y hablan quechua y castellano, aunque en la casa el idioma común es el quechua. Su madre trabajaba en la empresa COMIBOL, recogiendo minerales. Todos nacieron en la ciudad. Azucena pasa todo el día en casa de la suegra, donde viven las hermanas y hermanos de Alfredo que se encuentran en Potosí, y regresa a su casa en la noche.

Alfredo tiene dos hermanos y cuatro hermanas. Siguiendo la estructura familiar potosina, cada unidad doméstica habita en un cuarto de la casa. La familia de Alfredo tiene en propiedad varias casas, que utilizaban para alquilar, pero actualmente están desocupadas. En la casa de Azucena, que se encuentra a una

cuadra de distancia de la suegra, alojan también a gente que viene del campo. No piden nada a cambio⁹, suelen tener de diez a quince personas alojadas, la mayoría procede de la zona de Tinguipaya. El nivel de instrucción de Azucena es bajo, pero varias de sus cuñadas van a la universidad. La única mujer que lleva la ropa tradicional es la madre de Alfredo, que tiene 67 años. Aún así, las costumbres quechuas siguen vigentes en todos los miembros de la casa.

Un buen día comenzó a tener fiebre Federico, el bebé de Azucena: el estómago hinchado, llanto, no quería comer y estaba estreñido. El día anterior se había caído de la cama. El diagnóstico de la abuela fue susto y estómago vacío. Azucena quedó convencida con el diagnóstico de la suegra. Esa noche, la abuela, doña Clementa, de 67 años, con amplios conocimientos de prácticas médicas, llamó a su ánimo¹⁰. El ánimo se había perdido en la caída y por eso el niño estaba asustado. Para recuperar su ánimo, doña Clementa esperó que se hiciera de noche y que apareciera el silencio. Con un cuchillo levantó tres veces tierra del lugar donde se había caído, con un chicote¹¹, haciendo brasa con carbón, y con una campanilla comenzó repitiendo reiteradamente el nombre del nieto, caminando desde el patio de la casa hasta el lecho del pequeño donde se encontraba dormido. Doña Clementa dio por finalizado su trabajo de recuperación de una de las almas perdidas¹², hasta la noche siguiente en que repetiría la misma escena. Al día siguiente Federico seguía en el mismo estado. Viendo que no había mejorado su enfermedad, la abuela decidió llamar a una curandera del barrio para que lo tratara de estómago vaciado. Vino doña Pepi, quien confirmó el diagnóstico de doña Clementa: la enfermedad estaba provocada por la caída que había sufrido días atrás. La curandera realizó unas fricciones en el estómago del niño, mientras él lloraba desesperadamente. Al día siguiente, el niño estaba más tranquilo, comenzaba a comer, desapareciendo su llanto y volviendo a su estado normal.

En este itinerario podemos observar varios aspectos. Uno de ellos es que no fue un motivo económico por el cual no recurrió al centro de salud, ya que por su edad se encontraba dentro del programa del SUMI, por lo tanto la con-

⁹ Este tipo de reciprocidad que es muy común en el campo también es frecuente en la ciudad.

¹⁰ Para un mayor conocimiento de esta enfermedad ver: Fernández 2004, "Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del susto en el altiplano boliviano".

¹¹ El chicote es un látigo que sirve entre otras cosas para espantar los malos espíritus.

¹² En la cultura quechua la persona posee tres almas, y la pérdida de alguna de ellas repercute en la salud del individuo. Una de estas almas es lo que se llama el ánimo, que cuando uno la pierde aparece la enfermedad del susto, muy frecuente en la zona andina.

sulta del niño era gratuita. El primer lugar de atención fue resuelto en el hogar; al no ser efectivo se llamó a un terapeuta tradicional, quien posee el conocimiento para la resolución de las patologías consideradas populares, aquellas no reconocidas por la biomedicina pero sí por los habitantes de la ciudad. El estómago vacío es una patología considerada peligrosa, debido a que sí no se trata a tiempo, según las madres entrevistadas puede provocar la muerte, como podemos ver en el siguiente relato.

b) Inés

Inés tiene 25 años y tres hijas: una de dos años, otra de cuatro y una bebé de semanas. Ella es de origen rural; actualmente no trabaja, pero suele hacerlo de lavandera. Su marido es minero y viven en un cuarto dentro de la casa familiar del marido, el hacinamiento es grande como en la mayoría de las familias. Antonio, su marido, es de la zona de Tinguipaya, y vino a Potosí para trabajar en las minas. Actualmente tiene problemas de alcoholismo, como muchos mineros. En las épocas de cosecha Inés va a plantar o a recoger productos a la zona rural. Inés habla quechua, pero también se expresa bien en castellano. El primer hijo de doña Inés murió por estreñimiento, según el diagnóstico biomédico, y por estómago vacío y orejeadura, según el diagnóstico realizado en la medicina tradicional. Inés narra con sus propias palabras las trayectorias que llevó a cabo con dos de sus hijas cuando se enfermaron de estómago vacío.

Otra hija mía casi se muere, le ha empezado a dar diarrea y vómitos, y no sabía que era, la he llevado al doctor del centro y no le han hecho nada. Y de ahí la he llevado arriba donde el pediatra, enfrente del Calero y no sanaba, me dio medicinas; he comprado, pero seguía mal, le hacía calmar pero seguía con lo mismo. Y ahí la he llevado donde un señor que es albañil, que cura así de vaciado y también cuando las mujeres embarazadas, cuando está mal la posición del bebé, igual también cura. Ahí la he llevado y con eso se ha sanado. Mi hijita ya estaba muy mal; de no comer, le había agarrado anemia y después desnutrición; no quería nada, todo era diarrea y vómitos, si tomaba aguita la volvía a botar.

[A] su esposa, cuando falleció mi primer hijo, la he invitado aquí al velorio y me la ha visto los ojos y me ha dicho que era

barriga vaciado nomás. Cuando se vacía la barriga dice que se da la vuelta, no pueden hacer baño, pero si entra la barriga no pueden botar. De mi otro hijo eso es lo que tenía, comía harta leche, todo le daba pero no podía hacer baño, se hinchaba su barriga grande, y cuando le he metido al hospital le han puesto unas mangueritas, me lo han colocado con eso, me lo han vaciado y ahí se ha muerto. Yo no sabía pues qué era el estómago vaciado, y su esposa me ha dicho: ¿Por qué no me lo has traído?

A mi hijita todo le ha entrado en uno y también le agarró por un feo olor, por decir de los gatos muertos, perros muertos, que el olor feo a lejos huelen ¿no ve? Y eso... dicen que les hace hinchar la barriga nomás, eso se llama orejo. Para curar el orejo la he llevado a una curandera. Me ha recetado toda clase de hierbas que he comprado... hierbas para bañar y para tomar, pero era picante y no le he dado, una cucharita será que he tomado y le he lavado... y para eso nomás había estado. También la he envuelto con una ropa negra, la he bañado, la he envuelto con una ropa negra y se ha dormido. La curandera también me dijo que tenía amartelo porque le había destetado. Y casi se muere, porque le entró todo junto, pero gracias a Dios ahora está sanita.

En el relato de Inés aparecen dos trayectorias, una con la resolución del problema y otra con el fallecimiento de su primera hija. La interpretación dada en el caso de la niña fallecida es que su hija murió por no haber realizado un tratamiento paralelo al biomédico en el sistema médico tradicional. Inés considera que si hubiera sido atendida por un curandero, su hija no hubiera muerto. El diagnóstico que Inés recibió el día del velorio del bebé fue el de estómago vaciado. Inés pone el énfasis en que fue su primer hijo y que fue su propio desconocimiento lo que no le permitió reconocer que debía llevar a su hija a un curandero. El primer nivel de atención en el acontecimiento de enfermedad que hace referencia a su hija pequeña, Anita, como al bebé fallecido, fue el sistema biomédico. En el primer caso primero fue al centro de atención primaria, y viendo que no era efectivo recurrió a un médico privado, mientras que con el bebé directamente fue al hospital. Con su hija pequeña, Anita, el diagnóstico del médico fue infección intesti-

nal, posteriormente anemia y desnutrición; mientras que el diagnóstico del terapeuta tradicional fue el de estómago vacío, y posteriormente orejo y amartelo. Para doña Inés, Anita tuvo todas las enfermedades que fueron verbalizadas tanto por el médico como por el terapeuta tradicional. Por tal motivo, el tratamiento fue llevado a cabo por la madre con la articulación de los saberes de ambos sistemas médicos: los medicamentos recetados por el médico, así como las hierbas y rituales que el terapeuta tradicional recomendó a la madre. En la racionalidad de Inés, Anita tuvo todas las enfermedades nombradas por ambos especialistas. Sin ambos tratamientos, el biomédico y el tradicional, su hija no se hubiera recuperado de las numerosas complicaciones que tuvo este caso clínico. Uno de los aspectos interesantes es que fue Inés quien decidió el tratamiento y la atención que debía de llevar a cabo, fue ella la que seleccionó ambos sistemas médicos, y fue ella la que decidió qué medicamentos debía tomar y qué cuidados debía tener. Por ejemplo, las hierbas que recetó el terapeuta tradicional, Inés decidió no dárselas a Anita porque le parecieron demasiado picantes y consideró que podrían hacerle mal.

c) Luisa

Luisa tiene 50 años, trabaja de empleada doméstica y como lavandera en varias casas, gana por el trabajo que hace, a veces tiene más y a veces menos, suele juntar unos 500 bolivianos al mes trabajando siete días a la semana unas 10 horas diarias. Doña Luisa vive con su madre y sus dos hijos: una niña de 15 años y un niño de 10 que estudian en la escuela, y ella es la única que mantiene el hogar. A Luisa le gusta leer, cuando tiene tiempo. Nacida en la ciudad de Potosí, vivió un tiempo en la ciudad de Cochabamba como empleada doméstica y después decidió regresar a Potosí por añoranza. Su padre trabajaba en una panadería, consumía todo su sueldo en la cantina y Luisa recuerda los malos tratos que recibió de su padre y las palizas que daba a su madre. Ella abandonó a su marido porque era alcohólico igual que su padre y por la atmósfera de violencia que había en su casa. Luisa no cree en los médicos tradicionales ni en los curanderos, pero sí en la lectura de la coca. Su madre siempre se hace curar por ellos. Es conocedora de remedios caseros, como la mayor parte de las madres de la ciudad.

Sobre la enfermedad del susto doña Luisa narra el itinerario terapéutico realizado con uno de sus hijos:

Mi niño lloraba y lloraba, fui donde el médico pero no me dijo nada, entonces fui a que me tiraran la coca para ver qué tenía y me dijo el viejito que se había caído y que estaba asustado; y era cierto, se había caído, pero yo no le había dado importancia. Me explicó que debía levantar con un cuchillo tres piedritas del lugar donde se había caído y las puse en el gorrito de mi niño. Aquí todos sabemos llamar al ánimo... para eso no necesitamos curandero, todas las madres sabemos. Así que en la noche cuando el niño estaba dormidito le coloqué el gorro con las piedritas y llamé a su ánimo con incienso, hay que llamarlo tres veces y ya está. Al día siguiente le saqué el gorrito y el niño ya estaba bueno, las piedritas igual las dejé debajo de la almohada por tres días.

En este relato vemos la recurrencia a diferentes sistemas médicos, primero al biomédico, donde la resolución no fue satisfactoria para doña Luisa, que en una segunda instancia recurrió al sistema tradicional para conseguir un diagnóstico a través de la lectura de las hojas de coca, y por último fue resuelto en el interior del hogar, en el sistema de autoatención. Doña Luisa fue la que realizó el tratamiento, con las recomendaciones del terapeuta tradicional, al igual que lo hizo doña Inés. Podemos ver que las prácticas tradicionales llevadas a cabo por las madres son recurrentes, ya que poseen el conocimiento sobre ellas.

d) Elena

La manera de entender la enfermedad varía mucho si la madre es evangélica, católica o de religión andina. Elena es potosina, tiene 39 años y se convirtió al culto evangélico cuando tenía 20. Su padre era minero, y su madre trabajó desde niña recogiendo mineral. Ella trabaja como vendedora, además de realizar las funciones que corresponden a la mujer de un pastor. Tiene dos hijas en edad escolar, su marido es pastor evangélico y viven en la casa de la iglesia, una casa grande y confortable. Elena es un buen ejemplo de la manera de entender y atender la enfermedad de una madre evangélica:

Cuando vivía con mis papás todavía, yo tenía 21 años, y un día sentí como si me hubiera pateado alguien aquí y que no podía

mover mis rodillas; y después, al día siguiente, aquí, y ya no podía mover mis pies; sentía aquí en la columna, y después aquí. Estuve una semana en cama y no entendía qué era; lo único que decía era que Dios me va salvar, y mi mamá me decía vamos al médico. ¡Yo no quiero ir al médico!, yo decía no, porque en aquel entonces podía ir al médico, pero yo dije no, voy a orar al señor, Dios me va sanar. Y así estuve una semana, no podía moverme; y por otro lado venía mi abuela y me decía eso es de la Pachamama, porque tú te has convertido al evangelio te está castigando; que ponte con coca, que esto... Y yo decía no, yo sé que no es así, esto es del diablo, yo sé que esto es un ataque, decía. Y mi papá que en aquel entonces no conocía a Dios, todavía estaba tan enojado con el señor. Él me dice: sabes que ya no sé qué voy hacer contigo; no quieres ir al médico, no quieres hacerte curar, iré a tu santo pastor –me dice, porque nosotros tenemos nuestros pastores–, le iré a avisar a tu pastor, y qué me dirá. Se va aquí... era un pastor argentino que estaba en aquel entonces. Y a eso de las ocho de la noche él vuelve, y me dice: ¡sabes que tu pastor ha orado en mi mano! Eso es lo que había hecho el pastor: había tomado su mano y había puesto su mano y había dicho ahora hermano –el pastor no sabía que él no era hermano–, ahora hermano vaya a su casa, ponga su mano sobre su hija y ore, y no va a dar a nadie su mano –le había dicho, y subió así hasta mi casa, ¿no? Y viene y me dice: –yo no se orar, ora tú.

Sí, así es, pero yo digo: cómo Dios lo utilizó, aunque él no era cristiano para bendecirme; él no sintió vergüenza y oró, y yo me dormí feliz, y dije: Señor, mañana no voy a sentir nada. Pero cuando desperté a las siete de la mañana los dolores estaban ahí, y la duda, porque la duda es un arma que destruye la bendición de Dios – porque la fe es creer sin ver–; pero ese rato me vino la duda y dije: ¡hay Señor, no me has sanado! Y así estaba otra vez en la cama, así sufriendo, cuando a las nueve de la mañana viene mi papá otra vez y dice –es como el Señor me estaba hablando por medio de él, ¿no?–: ¿Por qué sigues echada en la cama? –me dice–. Pero es que no me puedo mover–. Es que si sigues echada en la cama das

gusto a la enfermedad –me dice–: ¡Levántate y anda! Pero no puedo –le digo–. Y me trae dos palos, ¿no? Agarrate de este palo y camina –me dice así–; y yo agarre los palos y empecé a moverme, y solamente di un giro así por la mesa y no había ningún dolor, y me caí al piso, entonces ahí Dios hizo conmigo un milagro.

Entonces, nosotros, desde el tiempo en que hemos sido cristianos, cuando mi niña se enferma con el resfrío, antes de correr al médico, lo que hago es decir: Señor, perdóname si en algo te he ofendido, yo te entrego a mi hija y en tu nombre desecho toda enfermedad y sufrimiento. Y a veces simplemente se le dice eso al Señor y mi niña ya está sana.

Podemos ver a través de esta narración cómo el sentido y el significado de la enfermedad cambian, así como el tratamiento y el diagnóstico de la misma, con respecto a los itinerarios terapéuticos anteriores. Como podemos observar, el primer sistema médico utilizado fue el de autoatención a través de la oración que realizó Elena en el interior del hogar, siendo el religioso el segundo sistema consultado, representado por el pastor evangélico, quien hizo de mediador a través del padre de la enferma, con el poder sanador de la oración. En el último párrafo Elena hace mención a la manera de atender el resfrío de su hija, recurriendo primero a la oración en el interior del hogar y posteriormente, cuando esto no fue efectivo, recurrió al médico. Ésta es una de las grandes diferencias entre madres católicas y evangélicas. Las madres evangélicas entienden la enfermedad como una prueba o un castigo, y el primer lugar para la resolución de un problema de salud suele ser comúnmente el sistema de autoatención a través de la oración.

En el capítulo siguiente explicaremos con más detalle el sistema médico religioso, y cuáles son los elementos más importantes de articulación con los otros sistemas y prácticas médicas. Ahora sólo desarrollaremos los itinerarios terapéuticos de algunas madres.

e) Cleopatra

Cleopatra es otra madre evangélica de 39 años. Emigró a la Argentina con sus hermanos para trabajar en un taller de costura. En esa época sólo tenía cuatro hijos, uno de una relación anterior, ahora tiene seis, la mayor estudia

en Sucre y el más pequeño tiene un año y medio. Ha estado separada en varias ocasiones del marido, que trabaja de chofer. Ahora está sin él. A veces manda alguna ayuda para los hijos y a veces no. Cleopatra trabaja vendiendo la ropa que hace una amiga suya. Vive en la casa familiar de su madre, rodeada de cinco hermanos y sus cuñadas. El siguiente relato refiere a la “sanación” que realizó ella misma a través de la oración y la fe:

En una ocasión estuve internada en el hospital, porque de repente se me encogían las manos, se me adormecían, me sentía mal esa vez y fui al hospital. Había tenido una infección en el riñón, me dijo el médico; entonces de ahí me sentía mal, mal, mal en el hospital. Entonces empecé a orarle al Señor; y bueno, había una viejita que estaba acompañada en la misma sala donde estuve yo y estaba muy enferma, en las últimas; y me paré de la cama, y bueno, no debería haberlo hecho, porque yo estaba enferma, no estaba bien fortalecida, no estaba muy sana... Yo lo que fui es a hablarle del Señor, antes de que se vaya arriba.

A la señora le hable del Señor [...], me quede débil y ahí fue que no quería estar más, ni un minuto más, en el hospital. Me puse más mal ese día, la señora falleció ese día y me puse más mal, no podía ni respirar ya, como que me tapaba el aire, y salí sin avisarle a los médicos, sin avisarle a mi mamá nada, hice una imprudencia, capaz. Pero, luego le dije Señor quiero ir..., quiero llegar hasta la iglesia solamente, sólo quiero llegar a la iglesia, solo quería llegar, pero no tenía ni un peso, porque no me había dejado mi mamá nada y no me dejaron plata, o sea tuve que prestarme de ahí de una señora, de una de la sala de ahí. Señora, me presta un boliviano, le dije, bueno después se lo devuelvo, le dije; ya, me dice. Fui en trufi hasta San Juan de Dios y le dije al pastor, me siento muy mal, quiero que me ore [...] y el pastor me dijo bueno hija, mira, me dice, te voy a orar. Y fue una descarga que realmente me hacía falta; y me dice tiene que volver al hospital; volví, pero no podía estar más en el hospital, tal es que a las siete de la noche no quería estar, mi mamá me dice tienes que quedarte, tienes que quedarte; y una señora que

había, también, quédate, quédate; no me voy a quedar, dije; vas a firmar tu alta, me dice, sí, me quiero ir, le dije; pero mi mamá metió la pata, le dice: se siente mal; primero me dijo está bien, ya puede irse, bueno, me quiero ir, le digo al médico, entonces mi mamá le dice pero está mal; yo no quiero estar, me quiero ir de acá, entonces usted firma, me dice; sí, voy a firmar; le firme y me vine a mi casa. Toda la noche no pude dormir, pero toda esa noche estuve orando, orando, orando me pase, no podía respirar nada, pero orando, orando y orando; al día siguiente no quería también estar en casa; salí afuera con mi hija pequeña y me compré un yogur, y lo único que comí era eso, y así hasta el día de hoy, estuve sin ningún medicamento ni nada. Me curé, me curé sólo con la oración, de ahí con el tiempo ya tuve a mi pequeñito.

En este itinerario, Cleopatra comienza con algunos signos de enfermedad no definidos y recurre al hospital en donde es internada. Al poco tiempo siente la necesidad de ser atendida por otro sistema médico, el religioso, y recurre al pastor para que la sane, sin que aparentemente exista ninguna mejora más que la “descarga”, como ella misma comenta. Su siguiente paso es recurrir al sistema de autoatención, donde termina sanándose a través de sus oraciones, sin la necesidad de la intermediación del pastor ni del médico.

Estas cinco madres son todas mujeres de estratos socioeconómicos y nivel de instrucción bajos, menos doña Elena que cursó estudios superiores. En todos los casos las enfermedades/padecimientos aparecen como construcciones de experiencias intersubjetivas donde el paciente, su familia y aquellos que viven próximos están continuamente negociando significados (Rabelo 1993). En esta negociación constante de significados hemos podido observar cómo mujeres con diferentes experiencias construyen itinerarios terapéuticos diversos.

La autoatención no se reduce a aquellas enfermedades/padecimientos que no requieren ser tratadas por los diferentes terapeutas que operan en la ciudad, sino fundamentalmente a aquellos tratamientos que se concretan en el ámbito familiar o en el marco comunitario. Se trata de prácticas formalizadas en el espacio doméstico, en las cuales la función del terapeuta tradicional es remplazada por algunos miembros de la familia, generalmente por las mujeres del grupo familiar.

El conocimiento que estas mujeres poseen de las etiologías populares –así como la reelaboración de las etiologías médicas– facilita la utilización de una gran variedad de remedios, tanto de aquellos provistos por la biomedicina como las preparaciones caseras heredadas de la medicina tradicional, que son volcadas en la automedicación que practican las madres. Entre las formas de autoatención, las madres evangélicas incluyen la presencia de terapéutica de base religiosa, especialmente fundada en la oración como recurso último para la sanación de algunas enfermedades/padecimientos.

Hemos visto cómo las madres quechuas utilizan las diferentes formas de atención sintetizándolas, articulándolas y mezclándolas, siendo la madre/abuela/suegra el sujeto central que organiza las formas de atención. La autoatención en la ciudad de Potosí constituye la forma de atención más constante, y es aquí donde podemos apreciar la articulación de las diferentes prácticas de atención a la salud.

A pesar de tratarse de mecanismos que se presentan de manera similar en todas las sociedades, los procesos de autoatención adquieren rasgos particulares en Potosí, influidos por la pobreza y por un sistema de salud deficitario y mal organizado como el que presenta Bolivia.

CAPÍTULO 6

La presencia del sistema médico religioso en Potosí

Las madres evangélicas atienden y entienden la enfermedad de manera diferente a las católicas. A través de las representaciones de los pastores evangélicos profundizaremos sobre cómo se construye el sentido y significado que éstos conceden al proceso de salud/enfermedad/atención a través de su manera de clasificar las enfermedades y de dar significado a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades/padecimientos.

Al hablar de sistema médico religioso nos referimos a la iglesia evangélica, la católica y a todas aquellas prácticas religiosas utilizadas por los miembros de una cultura. Este sistema está articulado con el sistema médico tradicional, el de autoatención y el biomédico. Hablamos de sistema médico religioso por poseer toda una serie de conocimientos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, de la misma manera que se encuentran en otras formas de atención, como puede ser la tradicional o la biomédica. En el pluralismo médico que existe en Potosí, la iglesia evangélica –especialmente el pentecostalismo– es la religión que estructura un discurso más cercano a la salud, con una clasificación de las enfermedades/padecimientos y propone un acercamiento en términos de prevención a la biomedicina. Es por este motivo que este capítulo está dedicado en exclusividad a la iglesia evangélica¹.

¹ Queda pendiente un trabajo en profundidad sobre las representaciones de la iglesia católica en lo referente al proceso de salud/enfermedad/atención, que no serán abordadas en este trabajo.

Abordaremos las prácticas y representaciones de los representantes y fieles de la iglesia pentecostal, ya que consideramos que esta religión es la que posee un discurso sanitario más amplio, y que el centro de su doctrina está sustentado en la sanación del cuerpo y del alma.

Hemos trabajado principalmente con iglesias pentecostales de la denominación Asamblea de Dios, aunque hemos frecuentado también otras iglesias más tradicionales como las de Hombres Libres y Bautistas. Las iglesias pentecostales tienen sus orígenes en el protestantismo de los Estados Unidos. Las cuatro grandes corrientes más importantes son:

- a) El protestantismo histórico, debido a la emigración europea a los Estados Unidos.
- b) El protestantismo fundamentalista, con origen en los avivamientos del siglo XIX en los Estados Unidos.
- c) El pentecostalismo, que se separa a principios del siglo XX de las iglesias de avivamiento y se orienta hacia las clases bajas.
- d) El neopentecostalismo carismático, surgido durante los años 60 y 70 a partir de las iglesias tanto pentecostales como históricas, y orientado hacia las clases medias y altas (Cantón 1998:91).

El pentecostalismo, por su parte, proviene del protestantismo histórico. Surgió hacia fines del siglo pasado en los Estados Unidos como un movimiento que buscaba privilegiar la experiencia religiosa frente a la rigidez de los cultos que practicaban hasta entonces metodistas y bautistas. A partir de allí, el culto se difundió por el mundo en base a la teología y la ideología que predominaban en la Norteamérica del siglo XIX. Wynarczyk sostiene que uno de los fundamentos de su exitosa difusión y crecimiento como culto más “universal” fue su capacidad para establecer conexiones con las experiencias que caracterizaban a las religiones populares, absorbiéndolas y recodificándolas según sus propios principios (Wynarczyk 1994).

En un trabajo sobre la presencia de las iglesias pentecostales en la Argentina, Alejandro Frigerio señala que este tipo de comunidades tiende a constituir redes formales de apoyo mutuo que se agregan, sin sustituirlas, a las redes sociales preexistentes, permitiendo a fieles y pastores un mayor acceso a los recursos materiales. Por otra parte –señala Frigerio–, “al resaltar la existencia de un plan divino donde el creyente juega un rol protagónico, le otorga un sentido de poder que le permite enfrentar las penurias cotidianas”

(Frigerio 1994:18). Esto resulta particularmente cierto al considerar que el énfasis puesto en la curación otorga a las iglesias pentecostales un poderoso recurso de salud para ser aplicado a las poblaciones desposeídas.

Los primeros misioneros evangélicos eran irlandeses, de la denominación Hombres Libres, y aparecieron en Bolivia en 1895 asentándose primero en Tupiza, departamento de Potosí, y después en Cotagaita.

En la ciudad de Potosí las iglesias evangélicas ingresaron hace unos cien años, siendo la primera en llegar la iglesia de los Hombres Libres. Actualmente existen 38 iglesias² en la ciudad, de diversas denominaciones, pero las más importantes son Hombres Libres, Bautistas, Asamblea de Dios y Unión Cristiana Evangélica.

Potosí se considera una ciudad difícil en el área espiritual:

En el área espiritual es una ciudad muy pesada, por todas las tradiciones que hay, no hay la libertad de otras ciudades del país, por ejemplo Sucre, allí es mucho más abierto (Pastor).

Uno de los ejes de esta iglesia es la adhesión de sus fieles fundamentalmente por haber presenciado alguna sanación o curación en ellos o en algún miembro de su familia. El proceso de salud/enfermedad/atención adquiere características especiales en el ámbito de esta doctrina. Se imparten mensajes de prevención, diagnóstico y curación de males/enfermedades y padecimientos a los fieles en las ceremonias religiosas que suelen ser tres veces a la semana.

La iglesia evangélica reconoce y acepta la biomedicina porque está reconocida en la Biblia. Los médicos aparecen como representantes de este sistema médico, pero también reconocen que la ciencia se equivoca y es ahí donde entra a jugar un papel importante lo divino:

² Las diferentes denominaciones de las iglesias evangélicas que se encuentran en la ciudad de Potosí son: Agua de Vida Bautista, Asamblea Madureira, 4 de Asamblea de Dios, Betel UCE, UCE M. Basconez, Buenas Nuevas UCE, Iglesia Dios es Amor, Comunidad Cristiana, Congregación Cristiana Ekklesia, Congregación Cristiana en Bolivia, Cristo la Única Esperanza UCE, Cristo la Única Esperanza Bautista, Dios es Amor, Ejército de Salvación, Emmanuel, Iglesia de Dios, Iglesia de Dios Shaddai, Iglesia Evangélica, Iglesia Evangélica Bautista-Manantial de Vida, Iglesia Evangélica Betel, Iglesia Evangélica Cristo la Única Esperanza, Iglesia Luterana, Local Evangélico Hermanos libres, Local Evangélico Antioquia-Hermanos, Local Evangélico Libre, 3 Locales Evangélicos Hermanos Libres, Iglesia Evangélica Sabaot, Asamblea Cristiana Génesis-Hermanos Libres, Luz del Mundo Bautista, Nueva Jerusalén, Iglesia Peniel e Iglesia de la Profecía.

Quien guía a los médicos es Dios. Ahora los médicos se equivocan, la ciencia se equivoca, a veces pueden hasta matar por mal diagnóstico, por mal manejo médico. Recién me he enterado que el médico le dijo a una señora que estaba mal de su vesícula, pero estaba embarazada. Insistió que estaba mal de su vesícula, y ella durante ese tiempo tomó píldoras para su vesícula, le salió un niño lindísimo pero un niño retrasado mental ¿entiende? Sí esa persona hubiese sido cristiana, hubiera pedido la dirección de Dios sobre la vida de ese médico (Pastora).

Si bien reconocen a los médicos y recurren a ellos, consideran que no debe haber dependencia de los médicos ni de los medicamentos:

Yo siempre digo a las hermanas que no es pecado ir a los médicos. Hay iglesias que enseñan qué es pecado, no, no es pecado, les digo. Muchas veces nuestra fe no es tan grande y a veces Dios va a utilizar como una ayuda a los médicos para bendecirte, entonces, pero no dependas de las píldoras, porque la gente no tiene que depender de eso. Si toma una píldora tiene que decir, señor bendice este medicamento, si hay un médico que me está operando está practicando cirugía con mi vida, sean tus manos en medio del médico que lo hagan, entonces, ¿qué estamos haciendo?, estamos poniendo a los médicos en las manos de Dios (Pastora).

Vemos que los médicos son reconocidos por la iglesia evangélica en la medida en que están “puestos” por Dios y su poder se concentra en la mediación entre el enfermo y el poder divino.

Clasificación de enfermedades

La manera de entender y dar significado al proceso de salud/enfermedad/atención adquiere características particulares dentro de este movimiento religioso. Uno de los aspectos a destacar es la clasificación de enferme-

dades/padecimientos que realiza esta religión. Para los evangélicos, la enfermedad se entiende como un castigo por no haber cumplido con las normas sociales o como una prueba para fortalecer el espíritu de la persona. Existen distintas clases de enfermedades:

A veces no nos damos cuenta que el resfrío cuando nos lo hemos provocado por descuido sí necesita de una limonada, un calmante, pero a veces viene como una prueba, como un ataque (Madre, 28 años).

Los evangélicos consideran que existen tres partes que unen al ser humano: el cuerpo, el alma y el espíritu. Si alguna de estas partes se daña, su efecto perjudica a las otras. Por este motivo, la curación debe ser resuelta de forma integral, de manera que la sanación vaya dirigida a las tres partes que conforman el ser humano.

Según los evangélicos de Potosí existen dos grandes tipos de enfermedades: las que pueden ser curadas por el médico, y aquellas que sólo Dios puede curar:

El evangelio no rechaza la obra del médico, a veces hay muchas enfermedades que solamente Dios puede sanar, [...] dentro de lo que es la enfermedad física y otras enfermedades clínicas que ni la misma medicina sabe; a veces viene por causa del pecado, a veces por herencia, y esas solamente Dios puede tratar. Si la enfermedad es por causa del pecado usted va al médico y el médico le dice ‘usted no tiene nada’, la medicina no encuentra nada (Pastor).

Dentro de estos dos grandes grupos existen tres clases de enfermedades diferentes: a) enfermedades del cuerpo, b) enfermedades del alma y c) enfermedades espirituales. Cada una de estos tipos de enfermedad posee origen diverso:

- a) Las *enfermedades del cuerpo* son aquellas que pueden ser tratadas por un médico o en el hogar, con un remedio casero o a través de una simple oración. El sistema médico más utilizado es el de autoatención, por medio de medicamentos de patente, remedios caseros y, fundamentalmente, por medio de la oración. En las enfermedades del cuerpo, el diagnóstico suele realizarlo el enfermo o algún miembro de su familia, el médico o el pas-

tor dependiendo de la patología del enfermo. Dentro de este tipo de enfermedades podemos encontrar: *desde un cáncer a un resfrío*.

- b) Las *enfermedades del alma* son aquellas que atacan las emociones; son las enfermedades psiquiátricas y psicológicas, que se dividen a su vez en enfermedades del consciente, enfermedades del inconsciente y enfermedades del subconsciente:

Las enfermedades psicológicas abarcan el consciente, el inconsciente y el subconsciente. Muchas veces el ser humano tiene en su subconsciente todos los traumas que le han sucedido, pero muchas veces a la persona le ha afectado tanto que lo acumula en su inconsciente, lo lleva al olvido, pero piensa que llevándolo al olvido la persona está sanada, pero no es así, tarde o temprano eso dará efecto, porque no va a desaparecer y solamente Dios puede hacer que todo lo que está en el subconsciente sea sanado, pero también puede hacer que todo lo que está en el inconsciente traiga a la vida consciente para que así se lo pueda sanar. Por eso la sanidad de Dios es completa, los que tienen dolencias, él va a sanar esas dolencias (Pastora).

En este grupo se encuentran:

los traumas por violaciones o cualquier otro tipo de motivo, problemas de autoestima y todas las enfermedades que se encuentran dentro del campo psiquiátrico (Pastor).

Los creyentes evangélicos no creen en los psiquiatras, debido a que este tipo de enfermedades se consideran del alma, y sólo el Espíritu Santo puede curarlas. Como podemos ver, existe una reapropiación de la terminología y ciertos significados de la psicología por parte de la iglesia evangélica.

- c) Las *enfermedades espirituales* son todas aquellas enfermedades cuyo origen o causa es el “diablo” o son ocasionadas por el pecado. En muchas ocasiones el diagnóstico sólo puede ser realizado por un pastor, a través de su conocimiento. Potosí es considerada una ciudad donde existen muchos sujetos sociales con este tipo de enfermedad. El siguiente es un ejemplo de resolución de una enfermedad espiritual:

Yo en Sucre he tenido una persona, a mí me ha sorprendido este caso de una persona que vino a la iglesia porque tenía toda la cara roja, como granitos rojos ¿no? Ella vino a la iglesia porque había ido a los médicos, se había hecho hacer análisis, le dijeron que tenía algo mal en la sangre, pero no tenía nada y después fue al curandero, los curanderos la curaron, pero tampoco pasó nada... no la sanaron y al final ella se enteró de que uno de sus vecinos era evangélico y ella vino con él. Yo la vi venir a la iglesia, pero ella no me consultó sobre su problema, sólo vino, vino hasta que un día. Yo con las mujeres tenía un ayuno, y ella vino y se me acercó, y ahí me contó, me dijo hermana, tengo este problema y quisiera que me ayude a orar, y yo le dije venga mañana en ayuno y vamos a orar. Al día siguiente ella vino, y cuando nos pusimos a orar al señor yo sentí... pues cuando tú estas orando por una persona Dios te muestra si es una enfermedad o es una brujería. Tú sientes en tu corazón, sí es brujería. Entonces cuando yo estaba orando con ella sentí que era una brujería, entonces oramos en el nombre de Jesús, porque dice la palabra de Dios que en nombre de Jesús nosotros podemos romper toda maldición, entonces yo oré y le dije en el nombre de Jesús reprendo todo espíritu de brujería, de maldición sobre esta hermana. Y... ¡ahora la hermana está sana de su cara no tiene nada! a unas dos semanas así se le fue quitando.

Las enfermedades espirituales están asociadas a la brujería o maldición, siendo el pastor el único que posee la capacidad y el conocimiento para vencer el “mal” y conseguir la sanación del enfermo. Los evangélicos consideran a la religión como el único sistema médico capaz de resolver este tipo de padecimientos.

Diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades/padecimientos

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades/padecimientos radican en la conversión al evangelio y la fe. Es a través de la oración que los evangélicos pueden prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades.

a) La prevención

La doctrina evangélica, fundamentalmente la pentecostal, y más concretamente la Asamblea de Dios, proclama la conversión para prevenir cualquier tipo de enfermedad o padecimiento. La prevención aparece como uno de los aspectos más importantes de esta religión, y se basa en la exigencia de una vida sana, sin vicios ni adicciones. Se predica a los creyentes para que dejen el alcohol, el tabaco, de mascar coca y todos aquellos hábitos que pueden ir en contra de lo que ellos consideran una “buena salud”. Uno de los grandes logros de esta religión en otros países es el trabajo que realizan en la problemática del alcoholismo, sin embargo, en Potosí no representa un aspecto en el cual se destaque la iglesia evangélica. En la ciudad de Sucre existe un internado evangélico, llamado PRADOS, para el restablecimiento de drogodependientes³. Una de las denominaciones evangélicas llamada Iglesia Peniel, posee en Potosí un centro de rehabilitación de alcohólicos⁴.

Si bien el objetivo final de la prevención que propone la iglesia evangélica es la salvación del alma de los creyentes, su influencia en el proceso de salud/enfermedad/atención es importante. Las mujeres evangélicas –según relata una pastora– pueden prevenir inclusive dolores; si son creyentes, resisten y perciben menos dolor que el resto de las mujeres porque *Dios las alivia*:

Hay muchas mujeres que han tenido dos, tres hijos antes de conocer a Jesús, cuando han tenido al Señor han visto que esos dolores son menos. Las mujeres evangélicas sienten que los dolores son menos, cuando yo estaba pariendo mi mente giraba en Dios, decía señor dame fuerza toma mis dolores, y los dolores son mucho menos. Las mujeres que han aprendido a depender en esos momentos también de Dios, sienten que esos dolores son menos, hay menos dolor (Pastora).

b) El diagnóstico

El diagnóstico de las enfermedades/padecimientos varía si la enfermedad es física, psicológica o espiritual. Cuando la enfermedad es considerada “del

³ En el año 2004 existían de 40 a 50 personas restableciéndose.

⁴ La incidencia en la población es casi inexistente.

cuerpo”, el diagnóstico puede ser realizado por la madre/abuela/suegra de la familia. Cuando se considera que es una enfermedad sin complicaciones, es tratada en el interior del hogar a través de la oración, remedios caseros o medicamentos de patente. Cuando la patología es desconocida, el diagnóstico suele ser realizado por el médico, pero los evangélicos siempre oran para que Dios ayude al médico a obtener un buen diagnóstico:

Y los médicos es lo mismo, si ellos no ponen mucha atención en qué van a dar su diagnóstico, van arruinar y van a matar a una persona ¿me entiende? Por que es una vida con la cual se está jugando, y eso me gustaría que conozcan. Nosotros tenemos también una persona que ha fallecido sólo por una sacada de muelas, y eso por la negligencia del médico que ha utilizado los aparatos sin neutralizar ¿no? le ha sacado la muela y le ha dado una infección, ha dejado tres niños huérfanos porque ha fallecido de 28 años. Ha pasado en una clínica particular de un dentista, ha dejado una viuda jovencita, es una hermana de aquí de la iglesia, imagínese, entonces yo digo: tienen que tener mucho cuidado con lo que dicen, con lo que hacen, porque hay médicos que lo único que te preguntan es ¿qué sientes? Y tú tienes que contestar todo lo que te preguntan y de acuerdo a eso te dan tu diagnóstico, no sé si así es la medicina; yo digo, dependen de nuestras respuestas para poder decirte esto tienes. Hay que pedir a Dios para que guíe a los médicos en el diagnóstico (Pastor).

Cuando la enfermedad es psicológica o espiritual el diagnóstico puede ser revelado a través del pastor, a través de un sueño, a través de la Biblia o a través de algún miembro de la iglesia que haya tenido alguna revelación. Existen creyentes dentro de la iglesia que poseen dones de sanidad, de revelación y don para saber interpretar los sueños:

Yo a los hermanos les digo que los pastores no somos curanderos para que ustedes acudan a quien tiene más poder, a quien no ¡no! porque si tu tienes fe... porque el Pastor no sana, la fe de ellos hace sanar, la fe de ellos y los pastores o la persona que está orando por la persona sólo es un instrumento de

ayuda a su fe que él tiene, pero yo he orado por muchas personas...; pero también siento un espíritu de incredulidad en su vida, hay gente que viene al evangelio porque dice ¡Si Dios me lo sana a mi hija toditos nos vamos a ir al evangelio! Están poniendo una condición, y a veces Dios no funciona así. Dios no quiere las cosas así, y este hermano se fue así en vez de venir donde nosotros y decir hermana tengo un dolor, se fue a buscar otro pastor y dice que era un misionero de Australia. Pero no estaba él en su casa, entonces fue a otra hermana que también tiene el don de la sanidad, pero tampoco estaba, entonces por vergüenza, quizás, de no venir y decirnos he ido a buscar y a buscar y ahora vengo donde ustedes se fue a la iglesia con sus dos hijitos a orar. Les había dicho a sus hijos pongan su mano sobre mí y oren, y los niños pusieron y dijeron señor, sana a nuestro papá... ¡y se sanó! Hay personas con don de sanidad, no tiene que ser sólo el pastor (Pastor).

Entre las técnicas de diagnóstico más importantes se encuentran los sueños, la Biblia y la revelación.

Los sueños

La creencia en los sueños como premoniciones y avisos de lo que va a suceder o de cómo el creyente debe comportarse es muy común entre los evangélicos. Existen personas o el mismo pastor que poseen el don de interpretar los sueños:

Cuando tengo un problema oro al Señor y le pido que me lo revele en sueños, así sé como tengo que solucionar el problema (Madre, 50 años).

Los pastores consideran que hay que saber distinguir los sueños que vienen de Dios de los que vienen del diablo:

Si uno no sabe interpretar los sueños puede confundir en vez de ayudar, puede llegar a ser peligroso si no se sabe interpretar bien los sueños (Pastor).

A veces les digo a los hermanos que pidan al Señor para que él les interprete los sueños, porque yo a veces me puedo confundir, y Dios va a saber como interpretarle (Pastora).

Los sueños sirven también para prevenir, diagnosticar una enfermedad y para conocer que está por llegar un problema:

Sí sueñas con soldados que te persiguen eso significa una enfermedad que va a venir o que está atacando (Pastor).

Una vez soñé que salía un perro negro de la habitación de mi hija, me desperté asustada y a los dos días hubo que internarla en el hospital, había agarrado un virus por haber comido un pollo. El sueño me anunciaba que venía una enfermedad y debía prepararme (Pastora).

La Biblia

La Biblia también sirve para realizar el diagnóstico de una enfermedad/padecimiento, es decir, se toma la Biblia y mientras se abre el libro sagrado se ora para buscar en él la respuesta del problema que está aconteciendo:

Cuando tengo un problema lo que hago es tomar la Biblia; la abro y casi siempre el mensaje que hay en ese versículo es para mí, el espíritu me guía lo que debo hacer, es una gran ayuda cuando uno tiene un problema. A veces también lo hago cuando alguno de mis hijos está enfermo, para saber qué es lo que tiene (Madre, 30 años).

La revelación

Como forma de diagnóstico, la revelación consiste en que el Espíritu Santo manda mensajes a los creyentes, sean o no pastores. Este mensaje suele ser una revelación para algún integrante de la iglesia que en ese momento se encuentra con algún tipo de problema y es la manera de ayudar a la resolución del problema o conflicto:

Una vez tuve una revelación que me hizo Dios para un hermano que estaba pasando por una enfermedad grave. Dios me reveló que él se iba a salvar, y que debía decírselo al hermano para que tuviera confianza y pudiera comenzar a sanar, y así fue (Pastor).

c) El tratamiento

En la mayoría de los casos el tratamiento de la enfermedad o padecimiento se realiza a través de la oración que, aunque en muchas ocasiones los tratamientos son mixtos, utilizando varias alternativas. Normalmente los creyentes evangélicos comienzan con la oración para pedir sanación, recurren a otros sistemas y vuelven como último recurso a la oración, como podemos ver en el siguiente testimonio sobre una niña con diarrea:

Vino una vez una mamá desesperada. Tenía una niña de dos años que estaba dos semanas con diarrea. Había ido al médico; le habían dado medicamentos, pero no le habían hecho nada, y el médico, que era hermano⁵, le dijo a la señora que me buscara para que oremos juntas. Entonces oramos por la niña e hicimos una oración sencilla de entregárselo a Jesús al bebé; si era su voluntad, que se lo lleve y, si no, que lo sane. Muchas veces la enfermedad es un ataque porque viene a atormentar a la persona. Entonces oramos así, y la niña estaba sana, no tenía más diarrea (Pastora).

La pastora aparece como intermediaria entre el poder sanador de Dios y el enfermo, de la misma manera que el médico es reconocido también como mediador entre el enfermo y el poder divino.

Existen distintas técnicas de atención: la imposición de manos y la unción con aceite, siendo la más usada la primera. A través de la imposición de manos —de una persona con poder de sanación— puede aparecer la curación del enfermo, siempre acompañada de la oración. La unción con aceite —el aceite simboliza el Espíritu Santo— se suele utilizar en los casos en los que la

⁵ Hermano es el término que conceden los evangélicos a los miembros de la iglesia.

enfermedad es más grave; en tales casos, se deja caer una gota de aceite en la cabeza del paciente, acto que va acompañado también con oración.

La atención implica un seguimiento continuo del enfermo. Cuando algún miembro de la familia o algún creyente padecen una enfermedad, los creyentes se dedican a orar por su sanación. Existe una atención que se produce en el ámbito familiar y otra que se establece en el ámbito religioso. Como hemos expuesto en otros artículos referidos a la iglesia pentecostal⁶, existen dos formas de atención: una individual y otra colectiva (en el interior de la iglesia con pedidos de sanación colectivos a través de jornadas de oración). Esta forma de atención colectiva se asemeja a la atención de la medicina tradicional quechua, y difiere de la biomedicina donde la atención es individual.

La práctica médica evangélica presenta dos tipos de atención, según se produzca en el ámbito de lo privado o de lo público, y en la forma que adquiere cada una de ellas:

- 1) Grupal: Se produce en el interior de la iglesia. Puede haber o no relación directa con el enfermo. La mediación se establece a través del grupo de fieles.
- 2) Individual: Se produce en el interior de las casas u hospitales o también en el interior del culto. Existe una relación directa entre el pastor y el enfermo, y la mediación puede estar a cargo del pastor o basarse en la oración del propio paciente.

En el caso de la atención grupal, el padecimiento es exteriorizado en el interior de la iglesia, y se pronuncia en voz alta frente a los creyentes. El pastor y todos los miembros de la iglesia oran por el enfermo al unísono. En esta oración colectiva, que recurre al poder sanador del Espíritu Santo, los fieles constituyen el canal de mediación. No es necesario que la persona enferma se encuentre en el interior del recinto, ya que se puede pedir por él en su ausencia, o en todo caso en presencia de algún miembro de su familia.

Dentro de este tipo de atención también se incluyen las misiones; es decir, encuentros que duran varios días y donde suelen concurrir pastores de otras iglesias (ya sea del país o del exterior). Estas reuniones se consideran poseedoras de un gran poder sanador. Son ceremonias grupales de sanación. Esta forma de atención grupal o colectiva se adapta funcionalmente a los ejes

⁶ Ver: *Gypsies: Pentecostalism and Health* (Ramírez Hita 2002).

estructurales de la cultura quechua, en los cuales la concepción de comunidad constituye uno de los fundamentos de su existencia social.

En la segunda modalidad, la atención personalizada, que se realiza en el ámbito de lo privado, la relación pastor/enfermo es directa, donde el primero es el mediador entre el Espíritu Santo y el paciente. Las técnicas utilizadas con más frecuencia son la imposición de manos y la unción con aceite. En ocasiones, puede producirse una conexión directa entre el enfermo y el poder sanador (sin la intermediación del pastor), y el canal mediador será la oración emitida por el propio paciente (Ramírez Hita 2002).

Para cualquier tipo de enfermedad, la efectividad del tratamiento se asocia con la voluntad del poder divino. Los evangélicos entienden que cuando la curación no se llevó a cabo es porque Dios ha decidido que el enfermo y su familia deben pasar por esa prueba, en la que habrán de demostrar su fe. La propia condición de creyente pone al paciente en manos de un poder supranatural, y esto hace que se dejen de lado las habituales medidas de prevención sanitaria, descargando en el exterior las responsabilidades de la solución del problema (Ramírez Hita 2007).

Relación con la medicina tradicional y la religión andina

La iglesia evangélica, está en contra de las prácticas tradicionales. Todo aquello que está asociado con los dioses y espíritus de la religión andina es fuertemente perseguido, ya que se considera que es el diablo quien pide sacrificios a la Pachamama⁷, quien pide alcohol para *ch'allar*, quien pide hojas de coca (considerada una droga por los evangélicos), y es al diablo a quien veneran y guardan culto los mineros de Potosí. Para la iglesia evangélica todo trato con los terapeutas tradicionales supone trato con el diablo: todas las prácticas arraigadas en la cultura actual de Potosí son entendidas como trampas puestas por el diablo para perjudicar a esta ciudad. Mientras que para los evangélicos es considerada una ciudad llena de demonios, para los católicos o creyentes de la religión andina se la cree una ciudad cargada de almas⁸: almas que caminan, que

⁷ La Madre Tierra.

⁸ Por lo general los creyentes de la religión andina se declaran católicos. Existe un fuerte sincretismo religioso entre ambas religiones.

anuncian hechos que van acontecer, almas que traen enfermedad, almas que curan, almas que protegen. La creencia en las almas está presente en el relato de todos los informantes. Hemos recogido numerosos testimonios de experiencias que tienen las madres con las almas y los condenados⁹. Con las almas se convive como algo que forma parte de la cotidianeidad de la gente andina, no sólo en el campo sino también en la ciudad. Sin embargo, el significado que conceden los evangélicos a este hecho es diferente, ya que para ellos no es el alma la que aparece sino el demonio:

¡Uh! mi papá a mi me contaba tantas cosas; que en el campo veían venir al alma, pero ¿qué alma? ¿cree usted que el alma camina? El alma no camina, son demonios que caminan, muchas veces cuando la persona peca, cuando comete adulterio, cosas así, son demonios que a veces se apoderan de nuestra vida, y cuando esa persona va a morir esos demonios están así viendo a qué cuerpo van a ir, porque el cuerpo que están usando va a morir, salen por eso, dicen, la noche antes de que la persona va a morir; se ve arrepentida su alma, penando por ahí, son el demonio que sale y pena por ahí.

El diablo trabaja en áreas donde la gente pone importancia. El diablo empieza a actuar, a hacerles creer en todo eso para que la gente nunca salga a la verdad, nunca crea lo que realmente es verdad, y está metida ahí nuestra gente boliviana. Generalmente es así, es como en la India en algunas cosas; si naciste carpintero, carpintero nomás puedes ser ¿verdad? No puedes salir más de allá; si eres mendigo, mendigo no más. No vivimos en ese ambiente aquí, pero tratamos de mantener nuestras creencias, que los condenados, que los espíritus... La gente a veces en su ignorancia no lo ve de esa manera, pero son cosas así. Pero ellos dicen –me he encontrado... mi papá cuantas veces decía, me he encontrado con el alma, me ha pegado el alma...-. Vé a lo lejos que viene una persona vestido como curita; viene y se encuentra con él solamente, entonces amanece con la nariz sangrada, y dice ‘me ha pegado’, pero nunca porque se ha encontrado con un demonio, el demonio es un espíritu que camina (Pastora).

⁹ Los condenados son las almas en pena que caminan entre los vivos.

La brujería es reconocida por la iglesia evangélica no como una práctica tradicional sino como una práctica del diablo. La convivencia de la medicina tradicional con las otras prácticas de salud que se realizan dentro de la comunidad aparece conflictiva en algunos casos. Si bien la medicina oficial es aceptada por esta religión, no ocurre lo mismo con la medicina tradicional, donde se produce el conflicto por los saberes terapéuticos.

El sistema médico tradicional se ve modificado por la doctrina de la iglesia evangélica, al considerar que algunas de las técnicas que se realizan en esta práctica están en contra de los mandamientos de Dios y se relacionan con el demonio. Debido a esto, en algunos casos los terapeutas tradicionales pasan de poseer un cierto papel y prestigio dentro de la comunidad a ser considerados subalternos frente a los nuevos terapeutas, los pastores. Al mismo tiempo, queda estigmatizada la imagen positiva del terapeuta tradicional.

La medicina tradicional y todo lo que está relacionado con formas ancestrales de curación –que lleven en su repertorio oraciones referidas a santos, algún tipo de adivinación o contacto con las almas– es considerado brujería. Y todo tipo de brujería o curanderismo es considerado por la iglesia como diabólico, y por ello está fuertemente perseguido. Se cree que lo único que puede sanar, profetizar o realizar milagros es el Espíritu Santo. Esta manera tan estricta de ver a la medicina tradicional por parte de la iglesia evangélica entra muchas veces en contradicción con los fieles quechuas, que han utilizado a sus terapeutas tradicionales con asiduidad hasta hace poco tiempo, y encontramos toda una serie de patologías populares que sólo pueden ser curadas a través de ellos.

Los pastores evangélicos saben diagnosticar si la enfermedad es provocada por brujería, siendo el tratamiento –como en otras enfermedades/padecimientos– la propia oración, junto con la unción de aceite:

Tengo una hermanita que me pidió que fuera a visitar a su mamá a su casa, en sí los médicos le habían desahuciado, le habían dicho que tiene cáncer... pero fuimos a orar, fui a orar y ella estaba muy hinchada, hinchada del estómago, los pies, las manos, todo. Solamente yo fui y oré y le hice repetir a ella una cosa, le dije que ella repitiera que debía perdonar a todas las personas que le habían ofendido y pedir al señor que la sanara, que solamente buscaba su voluntad y que si el señor quería llevársela que se la lleve y si no, que la sanara.

También oré reprendiendo el espíritu de brujería; porque sentí que había brujería, entonces ungué con un poco de aceite sus manos (Pastora).

Los mineros están cargados de tradiciones y creencias, que según los evangélicos muchas son conexiones con el diablo:

El diablo, la Pachamama es importante para los mineros, nosotros cuando llegamos aquí a la iglesia en el año 2001 hablamos al pueblo de que la Pachamama, de que el cerro es una maldición para Potosí (Pastor).

Para la iglesia evangélica recurrir a los terapeutas tradicionales es como recurrir a los brujos; es decir, conectar con satanás:

Ir al curandero es consultar a brujos, y enseñamos a la gente que no debe ir. Y al naturista yo casi no lo acepto tampoco, pero otra cosa es si usted prepara sus plantas naturales, siempre que no vaya acompañado de ritual (Pastora).

Con respecto a la hoja de coca, se trata de una de las plantas más usadas en toda la cultura andina, no sólo para ceremonias rituales sino también para tratamientos de estómago y para aguantar la jornada laboral (la coca¹⁰ es muy utilizada por los trabajadores de las minas). Los representantes pentecostales argumentan con respecto al consumo de coca:

El masticar coca no es aceptado por nosotros, porque de la planta se hace la droga, cuando usted mastica, usted siente que sus labios se adormecen y es como una anestesia. Cuando una persona depende de la coca, cuando la persona mastica no tiene hambre, no tiene sueño, es como que uno está drogado (Pastora).

El consumo de plantas medicinales que no requieren de ningún tipo de ritual es aceptado por la iglesia evangélica pentecostal:

¹⁰ Mascar coca quita el hambre y da energía.

Mascar coca, por ejemplo, si se toma como un matecito, para una inflamación de hígado, la coca es buena y el boldo es buenísimo.

La iglesia evangélica de Potosí reconoce las patologías populares, al igual que el resto de los habitantes de la ciudad, pero concede otro sentido y significado a estos padecimientos. El susto, por ejemplo, es asociado al miedo, más concretamente a un espíritu portador del miedo que es lo que hace enfermar al sujeto, como veremos en las palabras de la pastora Camila:

Cuando alguien tiene susto reprendo el espíritu de miedo, oro, pido al Señor que reprenda al espíritu de miedo, porque cuando el niño se asusta un espíritu de miedo se apodera del niño, entonces lo que hay que hacer es orar al señor para reprender a ese espíritu (Pastora).

El tratamiento del susto es diferente entre evangélicos y católicos, mientras que para los evangélicos el tratamiento es a través de la oración, para los católicos es llamando el ánimo perdido.

Con respecto a la enfermedad de la gloria, una patología popular frecuente en el área andina, y sobre todo en la zona rural, recogimos una narración sumamente interesante de una pastora en la que esta patología popular es interpretada desde la doctrina evangélica:

Bueno, mi mami me contó que cuando yo nací no paraba de llorar, lloraba y lloraba, y cuando yo ya tenía tres meses ella llamó a un curandero allá en La Paz que era muy conocido, entonces me hizo ver y el curandero me dijo que lo que yo tenía era que el rayo me había llegado, que cuando mi mamá estaba embarazada... Le hizo recordar el curandero que un día estaba yendo allá en La Paz por un callejón, mi padre se adelantó y le dijo que iba a ir a estar esperando el micro; ella no se ha dado cuenta qué sucedió; sólo escuchó un trueno y nada más, y cuando despertó dice que estaba tirada en el suelo, y se levanto y se fue. Mi papá le dijo ¿qué es lo que ha pasado, porque te has tardado tanto? ya han pasado dos micros...¿No se?, yo estaba votada en el callejón. Entonces el curandero le dijo

que yo era hija de la gloria, que llaman así, y que cuando yo iba a ser grande iba a ser una curandera, que el Dios de la Gloria me había escogido para eso. Pero para que todo eso se haga realidad y yo no pueda morir me tenían que cambiar mi vida con un cordero negro. Tenían que matar al cordero en mi nombre, cambiar mi vida, porque si no lo hacían yo iba a morir. Entonces, como mi mamá no tenía en aquel entonces mucho dinero, habían matado un gallo negro en mi nombre; todo eso mis papas por ayudarme y en su ignorancia lo que estaban haciendo es maldiciendo espiritualmente sobre mi vida, pero ellos no pensaban de esa manera ¿entiende? Después pasó eso, esta cicatriz [señalando el pecho] no es lo único, eran cuatro, así, en forma de cruz, con lo que fui desarrrollando, una quedo aquí abajo, y la otra así. Nunca le di importancia en mi niñez, nunca. Entonces, cuando yo tenía la edad de mi hija, yo a mi mamá en una o dos ocasiones le dije ‘mami, mira, aquella persona se va morir’; mi mamá me decía ‘cállate, no seas malagüera’. Mirándola yo sabía, pero no daba importancia, y tampoco sabía yo en aquel entonces lo que estaba sucediendo en mi vida. Cuando yo ya tenía la edad de adolescente ya me contaron lo que había pasado, y ya mi mamá me dijo que tenía ese temor de que yo iba a morir, pero nunca lo creí, no, no le hacía caso. A mis 18 años, antes que conozca a Jesús, con los problemas que había en mi casa yo me fui de mi casa con el muchacho que fue el papá de mi hija que falleció. Cuando yo me fui estaba embarazada, y un día en casa no estaba ni mi madre, ni el papá de mi hija, ni mi hermana; yo estaba sola y ahí empezaron a venir los dolores. Mi dueño de casa trajo un partero para que me atendiera. Los dolores empezaron a las seis, a las once, doce de la noche; a la una se fue el partero y me dejó sola, yo amanecí sola y al día siguiente me atendió otra partera y tampoco pudo hacer nada conmigo. Al final vino una señora, y es ella quien me ayudó y mi hija nació casi ya ahogándose. Yo no entendí nada de lo que había sucedido en mi vida. Después de una semana me encontré con este partero y el quedó bien sorprendido de que estuviera viva, y me dijo que

esa noche me había dejado a mí porque yo esa noche iba a morir, y había sido un curandero y todos los parteros son curanderos. Iba a morir y no quería hacerse responsable de mi vida y me dejó. Entonces el me dijo algo, te aseguro me dijo que para su año no va salir tu bebé, no va a salir viva; y algo más que me dijo, que gracias a Dios no se ha cumplido, no sirves ya para tener bebés, me dijo, ya no sirves... si ya no serviría, yo ya no sería parte de Dios. Y pasó así, fueron pasando los meses, tuvimos problemas con el papá de mi hija, me separé de él antes de conocer al Señor, y a los once meses falleció mi bebé, pero yo pienso que ella, mi bebé, llevó toda la maldición que había sobre mi vida. A los once meses falleció, falleció toda hinchada.

Los médicos dijeron que murió porque sus pulmoncitos eran delicados, que se habían terminado sus pulmones, pero viéndolo así yo creo que murió con una maldición, porque estaba muy hinchada y salía agua de su cuerpito, yo creo que eso era. Así pasó, entonces nunca más puse importancia a nada y ya conocía al Señor. Pasaron los años, esto le estoy hablando del año 1995. El 92, 93 me empezaron a venir dolores en mi corazón y ahí ya he conocido al Señor, no creía cuando yo conocí al señor, nunca creí esto, entonces venía dolores me molestaba algo, me faltaba el aire y sentía que me iba y así, así hacía asustar a mi esposo y así he estado unos dos años que los nervios se empezaron a alterar. No servía para enojarme, fui al doctor, el doctor me dijo que tenía carisma cardíaca, que mi corazón latía y se paraba, latía y se paraba, tenía que hacer un tratamiento. Todavía estábamos estudiando, no teníamos mucho dinero y tampoco le puse mucha importancia y lo dejé así. Bueno, dije, yo lo dejo en las manos de Dios y así, por el año 95 llegó un predicador de Santa Cruz y él dijo: –yo les pido a todos ustedes que pasen, aquellos que quieren ser parte de intersección, de riqueza espiritual, a orar–; yo pasé y ahí escuché muy claro que el Señor me habló y me dijo: –el diablo te ha escogido para su guerra, el diablo te escogió para su guerra, pero más yo te he rescatado para mí, entonces yo sentí eso y desde aquel entonces mi corazón no me molestó más.

Pero antes, unos dos años antes, estudiamos lo que es antropología, religión andina en el seminario. Empecé a sacar los libros y a leer la cultura boliviana, donde he encontrado todo esto del rayo, y ahí yo me di cuenta de lo que estaba sucediendo en mí, y hablé con la misionera de Chile y ella me dijo: el problema de tú corazón es de eso, pero ahí nomás lo dejamos; me dijo vamos a orar, pero no, no pudimos ponernos de acuerdo y lo dejé ahí. Hasta aquel día cuando el señor me habló... es como si hubiera roto con toda esa maldición de brujería que había venido sobre mi vida. Son cosas que no se dice que no son verdad, son realidad de nuestra gente que pasa; como el miedo, es un espíritu el miedo que se apodera de los niños incluso de los mayores: el susto. Entonces qué hace la gente, cuando ve que su niño tiene el susto, lo lleva a un curandero que dice vamos a llamar el ánimo. Claro, bueno, la gente pone su fe en eso, pero lo más correcto es que se debe orar y pedir. Hay cosas así que suceden, yo no sé si suceden en otro país tanto como tenemos aquí.

A través de esta narración nos acercamos a la trayectoria de vida de Camila, al mismo tiempo que podemos observar diversos itinerarios terapéuticos realizados en tres momentos diferentes de su vida, correspondientes al periodo anterior y posterior de ser convertida al evangelio. Relata los hechos de tres enfermedades diferentes: la gloria, la maldición y un problema cardíaco, provocadas por la misma causa: el diablo. Los tres padecimientos se resolvieron a través de la fe y la oración, aunque las trayectorias de los tres son diferentes, en todas se recurrió a los diversos sistemas médicos: el biomédico, el sistema religioso y el tradicional.

El origen de las enfermedades fue interpretado de diferente manera antes y después de su creencia en la doctrina evangélica. A través de este relato observamos el cambio de significado que concede la pastora, al diagnóstico y tratamiento de esta patología popular. La enfermedad fue diagnosticada como gloria y maldición, cuya causa provocó la muerte de su bebé.

En contraposición a esta interpretación, la enfermedad de la gloria en la medicina tradicional es entendida muchas veces como un castigo. Los truenos son considerados castigos de la naturaleza:

Por ejemplo, en caso de que en el campo una mujer aborta, es un pecado grande en la cultura andina, entonces los dioses se enojan y nos demuestran su enojo a través de los truenos (Kallawaya).

Para los terapeutas tradicionales, la gloria puede ser también hereditaria: *Cuando una madre no se cura entonces le pasa al hijo*, que es lo que pasó con el bebé de Camila. Para los médicos tradicionales, el diagnóstico de esta enfermedad ha de realizarse a través de los sueños o mediante la lectura de la coca, los síntomas son:

Heridas en el cuerpo, temperatura, problemas en la orina, puede tener estreñimiento... sus manos y pies se apagan, esos son los síntomas que podemos ver (Jampiri).

Para la cultura andina, en cambio, la gloria sería una enfermedad provocada por el castigo de los dioses, mientras que para los evangélicos el origen es el diablo. En la medicina tradicional el tratamiento se realiza a través de una ceremonia ritual con un cordero negro, en la punta del cerro, donde se intenta reestablecer el orden de la naturaleza, sin embargo para la iglesia evangélica el tratamiento de esta enfermedad se realiza a través de la oración y liberación, como único medio para conseguir la sanación y salvación, ya que es una enfermedad espiritual provocada por el diablo. Finalmente esta patología popular no es reconocida por el sistema biomédico, por lo que este sistema no posee ningún tipo de tratamiento para resolverla.

En cuanto a la opinión de los terapeutas tradicionales con respecto a la iglesia evangélica, no comparten su doctrina, porque los acusan de brujos, pero sobre todo por la desunión que consideran que los evangélicos han generado entre la población andina:

Hay que hablar de frente en todas estas cosas. A nosotros no nos gustan las sectas, porque nuestras costumbres eran tan lindas antiguamente y por las iglesias evangélicas se está perdiendo eso y hasta la sabiduría se está perdiendo. Por ejemplo, la enfermedad del SIDA, que los científicos se matan... y nosotros sabemos que es un castigo de la madre naturaleza. El castigo de la madre naturaleza está afectando más que

todo no al hombre, sino a los sembradíos, a las chacras, porque ya no llueve en su tiempo, ya si siembran también viene el granizo y lo machuca, viene la helada, todo hace desaparecer. Entonces en el campo antes la gente era unida, ahora está dividida por eso de las sectas, hay sectarismo... ya no asisten a las ceremonias que se realizan, asisten así como observadores, ya no veneran a los santos. Tengo un santo allá que está clavado...Jesucristo, yo siempre me recuerdo que un día ha sido crucificado en esta forma. Entonces yo no puedo decir este es de barro ¿no?, porque gracias a este santo no olvido lo que ha muerto el Señor Jesucristo. En todas esas cosas hay confusión, nos hace confundir, entonces eso es lo de las sectas lo que nos molesta. Y también sabemos que con las sectas viene un montón de dinero y esto no lo manda Dios sino lo manda Estados Unidos, nos manda las sectas para conseguir dividirnos, y eso hay que hablarlo de frente (Kallawaya).

Otro terapeuta tradicional comenta con respecto a la acusación de brujería que ellos reciben por parte de la iglesia evangélica:

No necesitas ir a la iglesia porque Dios te escucha en cualquier parte, entonces yo trabajo de esa manera, porque también creo en Dios, pero no estoy muy de acuerdo cuando los evangélicos dicen que las curaciones que se realizan son brujería. No es tanto así, no estamos haciendo ningún daño, lo que se hace es ayudar a las personas, alguna ofrenda para la Pachamama, donde se haya asustado, no se está haciendo ninguna brujería, no se está haciendo daño a nadie (Jampiri).

La relación de la medicina religiosa con el sistema biomédico

Los pastores suelen ir a visitar a los enfermos, normalmente por pedido de las familias. Las visitas suelen ser en las casas, pero también van a los hospitales:

Cuando me piden para orar por un enfermo, no sólo voy a orar sino que pido al grupo de mujeres para que oren por él. Pero también voy al hospital si me lo piden (Pastora).

El lunes es el día que se reúnen las mujeres, los martes realizan ayuno y los miércoles se reúnen en la casa de algún miembro de la iglesia para realizar oración, con el propósito de orar por las personas que se encuentran en dificultad:

El propósito es orar por aquellos que tienen problemas, no sólo por los hermanos, también hay veces que dicen ayúdenme a orar por mi vecino que tiene problemas, incluso hay veces que ni el vecino sabe que estamos orando por él (Pastora).

Los pedidos en las oraciones no se refieren exclusivamente a la curación de enfermedades, sino también a los padecimientos y hechos importantes que ocurren en los diferentes barrios de la ciudad.

Uno de los problemas más importantes para los integrantes de la iglesia evangélica, es el suicidio en adolescentes. El suicidio es visto por los evangélicos como un espíritu de muerte que se apodera de la persona:

Oramos también por un barrio... no se si usted ha escuchado hablar: ¡una jovencita se ha matado! Es como un espíritu de muerte que se apodera del barrio, y después pasa un día o un mes o algo y otra jovencita se ha muerto. Esos sufrimientos son espíritus que se apoderan, nosotros oramos para pedir que el señor proteja ese lugar y reprenda ese espíritu de muerte. Aún de los hospitales, que Dios reprenda el espíritu de muerte (Madre, 30 años).

En el interior de la iglesia evangélica existen sesiones y reuniones dentro de lo que podríamos llamar educación sanitaria, en donde suelen hablar de diversos problemas: la menopausia, la necesidad de vacunar a los niños y, en algunas iglesias donde los pastores son más abiertos, también imparten educación sobre planificación familiar, aunque esto no es bien visto por todos los pastores. Dentro de los métodos utilizados para la planificación familiar, la Asamblea de Dios estaría en contra de la T de cobre, pero a favor de los otros métodos anticonceptivos:

Estamos en contra porque la T de cobre se considera abortiva y entonces esto nosotros no estamos de acuerdo. Pero los demás métodos sí, porque si uno tiene muchos hijos y no los va a poder mantener, eso tampoco es (Pastora).

Una de las dificultades en la relación con la comunidad/paciente que expresaron los equipos de salud de atención primaria fue el aspecto de la religión, refiriéndose fundamentalmente a las iglesias evangélicas y a algunas otras religiones como los testigos de Jehová. Las iglesias evangélicas son percibidas por los no creyentes como “sectas”. La mayor parte del personal de salud no es evangélico, y considera que la doctrina de esta iglesia dificulta la realización de una buena práctica sanitaria:

Tuvimos una paciente con C.A. el año pasado, entonces la señora no quería hacerse el tratamiento ni nada. Lo único que ella hacía era reunir a los miembros de ahí, de la zona y se reunían todas las mañanas y las noches, y oraban; ese era el único alivio que sentía la señora, no quería inyecciones, no quería calmantes, no quería nada, solamente oración (Trabajadora Social).

Ellos piensan que orando en la iglesia van a recuperarse. Yo tengo una experiencia, estuvimos en campaña y fuimos a hacer la promoción a las Asambleas de Dios. Y ahí había dos señoras bien enfermas con unos parches o algo así, pero ellos oraban por ellas, entonces primero siempre van ahí, primero hacen sus oraciones, porque según ellos Dios los va a curar. Pero lo que no ocurre con los pastores, por ejemplo a sus mujeres a sus hijos les duele algo y son los primeros en venir al centro, por lo menos eso ocurre en mi centro de salud (Trabajadora Social).

Según un médico de la zona rural, en los lugares donde existe mayor población evangélica que católica por lo general se suele recurrir más al sistema biomédico:

Los curanderos para ellos no son nadie, hay más confianza en el médico y aquí en mi zona se nota que la mayoría de la gente es evangélica porque aceptan bien al médico y la medicina.

Sin embargo, según relata el personal sanitario, en la zona urbana existen numerosos problemas para conseguir que los creyentes sigan las propuestas sanitarias:

Sí asiste mucha gente y tenemos muchos problemas con los evangelistas, con los de las sectas, por ejemplo cuando hay una diarrea y les llevan a su iglesia y a sus niños hay les tienen orando tres días y entonces ¿qué hace el niño?, se va deshidratando y aquí le traen después cuando ya está en las últimas, tenemos este tipo de problemas (Auxiliar de enfermería y Trabajadora Social).

Depende de los pastores de las iglesias, de que éstos sean más o menos abiertos y que permitan a sus fieles poner las vacunas a los niños, realizar planificación familiar, etc.:

La gente evangélica acepta lo que les indica el pastor, el anciano, y depende cómo sea el pastor, pues les deja o no les deja hacer (Pastor).

En síntesis, la iglesia evangélica otorga un nuevo significado al proceso de salud/enfermedad/atención, apareciendo como una manera propia de curación que sustituye a la medicina tradicional e incorpora un cambio ideológico.

La religión se presenta como un eje central que incide en las características y transacciones de las representaciones y las prácticas que las madres quechuas utilizan respecto del proceso salud/enfermedad/atención. Y al mismo tiempo que dinamiza los procesos de salud/enfermedad a través de la visión del culto evangélico, las madres estructuran la clasificación de las enfermedades, el cambio de nombre de algunos padecimientos y la manera de diagnosticar y atender la enfermedad. Esta religión refuerza al modelo médico hegemónico, otorgándole un reconocimiento divino, al mismo tiempo que rechaza la medicina tradicional. La religión aparece para los evangélicos como una de las principales instituciones socioideológicas que cambia la identidad de los creyentes. En la sociedad mayoritaria potosina esta religión es subalterna con respecto a la religión católica, aunque comienza a ser hegemónica en ciertas zonas rurales del departamento.

A pesar de que la ideología de la comunidad quechua se encuentra influida por la iglesia evangélica, el discurso pentecostal no proviene del interior de su propio contexto sociocultural sino que se trata de una religión importada y desarrollada por la cultura de occidente.

Este movimiento evangélico no sólo ha ocasionado cambios en el proceso de salud/enfermedad/atención, sino que además ha contribuido a producir cambios de identidad en los creyentes, tanto individual como colectivamente. La manera de entender el mundo y los significados en la cultura quechua entran en contradicción, y comienzan a reelaborar y crear una nueva identidad que los identifica con la condición de “ser creyente”, reinterpretando y adecuando sus tradiciones y creencias a la nueva realidad religiosa.

La construcción del significado de la enfermedad de este movimiento religioso no es solamente una cuestión ética y espiritual, sino también psicosocial, de la misma manera que ocurre con la medicina tradicional. Existe una resignificación de algunos conceptos de la psicología y de la biomedicina que son apropiados, y que pasan a formar parte de los saberes religiosos de los pastores y de los creyentes.

Los fieles abandonan ciertos espacios culturales para insertarse en otros nuevos. La migración constante campo/ciudad, por otra parte, genera vacíos de identidad en los que se crean nuevos espacios, entre ellos el religioso.

CAPÍTULO 7

El sistema médico tradicional

En el capítulo anterior hemos visto la importancia del sistema médico religioso en el proceso de salud/enfermedad/atención, así como el cambio de significado que se concede al origen y tratamiento de las enfermedades/ padecimientos. En este apartado analizaremos el sistema médico tradicional a través de las representaciones y prácticas de algunos terapeutas tradicionales de la ciudad de Potosí, el significado que concede este sistema médico a la salud/enfermedad/atención, y la influencia de la religión andina en este proceso. El sistema médico tradicional elabora su propia clasificación de las enfermedades, así como la manera de diagnosticar, prevenir y curar.

La Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional

En la ciudad de Potosí existen numerosos terapeutas tradicionales, en la mayoría de los casos de procedencia rural. Allí funciona la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) que comenzó en Potosí en 1991, con un grupo de kallawayas. Al año siguiente se unieron con los naturistas¹, y en 1994 fueron aglutinándose otros terapeutas tradicionales como yatiris, jam-

¹ Los naturistas venden productos medicinales y realizan tratamientos.

piris, materos y parteras. En el año 2003, la Cooperación Italiana fortaleció este aglutinamiento de diversos terapeutas tradicionales en el departamento de Potosí: materos², capachiquiras³, jampiris, yatiris, kallawayas, cahuayos⁴, herbolarios⁵, naturistas y parteras. En el 2004 se realizó el primer congreso de “médicos tradicionales” del departamento de Potosí, al cual acudieron 187 terapeutas del área rural, conformándose una mesa directiva con 13 miembros, donde estaban representados los diferentes terapeutas tradicionales y las diferentes zonas geográficas del departamento de Potosí.

El actual presidente de SOBOMETRA hizo referencia a la conformación de esta institución en Potosí:

Nos juntábamos en el mercado Uyuni, éramos SOBOMETRA departamental, pero atendíamos kallawayas y naturistas, pero éramos muy pocos, muy pocos, entonces reunimos más gente, para que participaran con nosotros; llegamos más o menos a unas 60 personas en total, ya curanderos, materos, herbolarios, naturistas, kallawayas, ya unidos y ahora con la ayuda de la Cooperación Italiana nos estamos organizando mejor. La cultura kallawayas es reconocida por la UNESCO, sabemos que nos conocen a nivel mundial, pero no por eso nos vamos a quedar ahí, tenemos que seguir capacitándonos, donde quizás un día podamos compartir junto con los médicos. Algunas veces de repente necesitamos nosotros la ecografía, necesitamos la radiografía para poder decir esto yo no te puedo solucionar y te va a solucionar el médico, entonces necesitamos ese apoyo y de poder trabajar juntos. La comunidad es quien reconoce y otorga el certificado al curandero, la comunidad sabe quien es curandero y quien sabe curar y ya somos unas 300 personas.

SOBOMETRA sólo aglutina a algunos terapeutas tradicionales de los barrios de Potosí. Los kallawayas son un grupo de terapeutas tradicionales

² El tratamiento lo realizan en base a infusiones.

³ Son vendedores de plantas medicinales y realizan mesas rituales.

⁴ Son videntes.

⁵ Los herbolarios sólo venden productos medicinales.

provenientes de la Provincia Bautista Saavedra (departamento de La Paz), asentados hace varios años en la ciudad de Potosí. Tienen un rol terapéutico importante pero también un rol político; en los eventos públicos, la propia municipalidad suele recurrir a ellos para la realización de diversas ceremonias rituales. Sin embargo, la mayoría de los terapeutas tradicionales en Potosí no son kallawayas sino curanderos, yatiris y jampiris.

La concepción de salud/enfermedad en la religión andina

El sistema médico tradicional posee su propia manera de atender las enfermedades/padecimientos, y sus propias técnicas de prevención, diagnóstico y tratamiento, fundamentalmente de las patologías populares, aunque también trata patologías biomédicas. La interpretación de la enfermedad –así como el significado que se concede a la misma– adquiere características diferentes a las reconocidas por la iglesia evangélica y el sistema biomédico. La enfermedad es entendida como un desorden de la naturaleza, como el incumplimiento de ciertas reglas o normas sociales. El origen de la enfermedad puede ser por castigo de los dioses o por un “mal” causado por otra persona o por un espíritu. Los tratamientos consisten en restablecer el orden deshecho.

La medicina tradicional está sumamente vinculada a la religión andina: se considera que existen fuerzas procedentes de la tierra y fuerzas cuya procedencia son del cielo; ambas influyen en la salud de los sujetos. Según Albó, existen deidades mediadoras entre los dos mundos (el de arriba y el de abajo) siendo los más importantes la Pachamama (la Madre Tierra) y el rayo. La Pachamama permite a los hombres obtener sus favores si estos son generosos con ella, en caso contrario puede provocar enfermedades, como la conocida “agarrado por la tierra” (Albó 1987).

Según el relato de un kallawayas, las causas de enfermedad se deben a:

la falta de respeto a los dioses andinos, a los de Janajpacha como también a los de Ukhupacha y a los Kaypacha, y otra causa de enfermedad puede ser la falta de ofrenda a los dioses y otra causa de enfermedad es el no respetar los lugares sagrados de cada pueblo.

Además de ser terapeutas tradicionales, los kallawayas son “*sacerdotes andinos*”, como se autodenominan ellos mismos, y esto influye en su manera de dar significado a la enfermedad, ya que poseen un conocimiento más amplio que otro tipo de terapeutas.

En la religión andina el ser humano forma parte de la naturaleza, y es a través de ella que puede absorber ciertas enfermedades, pero es también a través de ella que puede tratarlas. Los animales, las plantas y las montañas son poseedores de espíritus que pueden ayudar a proteger pero también a enfermar. La dualidad en la cultura quechua es fundamental. Por ejemplo, en el mismo bolsón (capacho) donde los terapeutas tradicionales llevan las plantas curativas, portan también veneno: *Las fuerzas del bien y del mal van siempre juntas.*

En el diagnóstico de una enfermedad se pueden utilizar animales para el tratamiento, pero también se pueden utilizar animales para pasar la enfermedad (Kallaway).

En el tratamiento, la enfermedad/padecimiento se desplaza, es decir, no desaparece sino que se trata de que la enfermedad se vaya, desaparezca de la persona enferma y se desplace a otro lugar, a otro animal, a otra persona o a otra comunidad:

La viruela cuando había en el pueblo se hacía una ceremonia y se despachaba a otro lado, al pueblo vecino se avisaba porque estábamos despachando esta enfermedad, a través de la ceremonias se despachaba, así todo el pueblo se unía, se hacía una ceremonia, se ch'allaba y se despachaba. Se prepara fiambre, se limpia toda la ropa de los enfermos o, si no, al río se hace llevar y desaparece, se va la enfermedad del pueblo. Las enfermedades también son microbios, son pequeños animalitos como nosotros, también tienen a Dios, también se mantienen como nosotros, esperan el aire ¿no?, entonces esa es la religión andina, con todo está el hombre. Todo en este mundo tiene relación, hasta los pequeños microbios tienen relación, entonces hay que pedir perdón, porque muchas veces ¿por qué reaccionan los microbios, las enfermedades? Porque estamos haciendo daño a la madre naturaleza, y reaccionan y ataca al hombre (Kallaway).

La creencia en los espíritus y en las almas forma parte de las creencias de la gente andina. El poder de ellas influye tanto para curar enfermedades como para provocarlas; la dualidad se encuentra entre la protección/amenaza, la energía de lo positivo y lo negativo que son indisolubles en la cosmovisión andina:

Ahora todo esta viniendo, la naturaleza está enfadada, ya no llueve cuando debería, siempre se ha dicho que iban a venir malos tiempos porque nosotros no estábamos cumpliendo, y así está siendo, dentro de poco en los campos ya no habrá para comer, este año entre el granizo y la sequía parece que no va a haber papa, los dioses nos están castigando, están por venir malos tiempos, por eso yo no quiero tener más hijos, porque mis hijos ya no van a tener para comer (Madre, 17 años).

En la composición de la persona, la parte espiritual y la parte corporal van siempre unidas; para conseguir una “buena salud” se ha de estar completo de todas las energías, componentes fundamentales del ser humano. El individuo está compuesto de tres almas, imprescindibles para conseguir el equilibrio que da bienestar y deja al cuerpo en ausencia de enfermedad.

Los terapeutas tradicionales son los mediadores entre los dos mundos: el de los vivos y el de los muertos, mediadores entre los dioses y el enfermo, y son las autoridades con poder para restablecer el orden deshecho:

En la medicina andina primero vemos la parte espiritual, si el hombre está completo de su energía, de sus espíritus, casi la enfermedad no ataca, no afecta, porque tenemos relación más con la madre naturaleza, estamos relacionados con todas esas energías, entonces esas energías nos dan fuerza. Nosotros a nuestros pacientes vemos más la parte espiritual, la corporal sería la que se ve afectada por los alimentos, entonces hay que saber guardar nuestro cuerpo, esa es la sabiduría de los médicos tradicionales, nuestros padres nos lo han transmitido de esta forma y nosotros seguimos practicando (Kallaway).

En la religión andina se cree en la reencarnación de los cuerpos, en las montañas, en los animales; todo se encuentra dentro de un ciclo rotativo:

Nosotros no somos eternos, esta vida es temporal, aquí estamos viendo una montaña y ahí abajo un carnero, la vida no es independiente, la vida es rotativa, cuando uno muere vuelve a nacer ¿cómo?, las personas buenas, que hacen buenas obras en este mundo, mueren, se purifican en la tierra, vuelve a nacer otra vez en las plantas, hasta en el lindero de las montañas ¿no?, pedimos perdón de las montañas, porque sabemos que el hombre, el gran rayo de nuestros ancestros está descansando en las grandes montañas. Si se hace mal, si una persona mala ha hecho daño a sus semejantes, esa ya no sube a la montaña, se queda en las rocas, reencarnado en los sapos, en los zorros, en aquellos animales odiados por el hombre, esos su vida es de sufrimiento. Entonces vuelven a nacer, por eso muchos se reencarnan en los animales, por ejemplo en la llama, en las vicuñas, los que viven también en armonía con la naturaleza, porque la gente mala se reencarna en cosas malas. Entonces esos son los wacas malos. Por eso los hombres andinos han tenido dos wacas, el waca bueno y el waca malo. Podemos reencarnarnos dos, tres, cuatro personas y después de 100 a 200 años el hombre vuelve a nacer en este mundo. (Kallaway).

Clasificación de las enfermedades en la medicina tradicional

Una de las causas de las enfermedades/padecimientos, en este sistema médico, puede ser por un castigo. Cuando la enfermedad es causada “por castigo” se deben realizar ceremonias rituales para aplacar la cólera de los dioses, siendo la Pachamama la divinidad agraria principal a la que dedican la mayor parte de ceremonias rituales (Frisancho 1973, Aracena 1987, Albó 1989).

Las enfermedades/padecimientos se clasifican según los terapeutas tradicionales en enfermedades corporales y enfermedades espirituales.

- a) Las *enfermedades corporales* son todas aquellas cuya causa no es considerada espiritual. El primer paso en el diagnóstico es observar el espíritu, para saber de qué tipo de enfermedad se trata. Dentro de las enfermedades del cuerpo encontramos dos variables: enfermedades cálidas y enfer-

medades frías. Los terapeutas tradicionales consideran que para no enfermar se necesita del equilibrio entre lo frío y lo caliente. Las enfermedades cálidas no son consideradas muy frecuentes en Potosí, pero sí las enfermedades frías, según cuenta un terapeuta tradicional:

En lo espiritual no hay estas enfermedades, en lo corporal sí; es cuando una persona está mucho en el sol o trabaja, o transpira mucho. Eso son enfermedades de lo cálido, pero aquí en Potosí siempre es más motivo del frío; las enfermedades cálidas, puede ser el albañil, porque trabaja al sol, las trabajadoras que trabajan en la calle, entonces pueden agarrar enfermedad de cálido. Estas enfermedades son las enfermedades que atacan a los pulmones, como la tos⁶, como la tos ferina, también son las que dan temperatura al cuerpo. Del frío, por ejemplo, son el reumatismo, dolores en los huesos, resfrío, la presión alta, esto está motivado por el frío y la mala alimentación (Jampiri).

Tanto las enfermedades cálidas como las frías se tratan con remedios de temperamento contrario:

Las enfermedades de frío se curan con el contrario, digamos, enfermedades de frío se curan con plantas que tienen temperamento cálido. Las plantas pueden ser de temperamento medio, cálido o frío, de acuerdo a esto se da, a veces baños, a veces mate... diferentes formas que se emplean de acuerdo al paciente (Jampiri).

El dolor de estómago se considera una enfermedad fría o caliente dependiendo del origen de la enfermedad, en cualquier caso los remedios son de temperamento contrario al origen de la misma:

El dolor de estómago, hay veces el dolor de estómago es motivado por el frío. Muchos dicen que usted ha comido mote, ha comido cáscara de mote, por eso tienes dolor de estómago; pero no es eso, porque hay veces se hacen pasar con el frío, otras

⁶ La tos también puede corresponder a una enfermedad fría.

sobre eso consumen también comida fría. Eso es otro motivo del dolor de estómago. Entonces a esos hay que darles mates calientes, baños más, y se soluciona el problema (Naturista).

Una enfermedad corporal puede llegar a complicarse y convertirse en una enfermedad espiritual:

Se puede motivar un resfrío y una persona de resfrío puede pasar a otra cosa y puede atacar la parte espiritual (Jampiri).

- b) Las *enfermedades espirituales* aparecen cuando no se está completo de todas las energías, y esto puede afectar también a la parte corporal:

Si el hombre está completo de sus energías espirituales es difícil que una enfermedad le ataque porque tiene su propia defensa, pero si un paciente está débil espiritualmente entonces cualquier enfermedad le afecta y se complica. Es necesario que el hombre siempre esté completo de sus energías, de sus espíritus, para que no lo ataque ninguna enfermedad. Lo corporal es solamente por mal manejo de nuestro alimento, nosotros casi no contamos la enfermedad corporal; cuando viene un paciente siempre vemos si está completo de su espíritu, de su alma (Kallawaya).

Dentro de las enfermedades del espíritu se encuentran aquellas cuyo origen es el castigo:

Existen espíritus que nos dominan desde allá, los espíritus que nos castigan, desde tiempo atrás; y a través de eso realizamos nosotros curaciones del espíritu. En la religión andina no existe el diablo, sólo existen dos fuerzas principales que nos gobiernan, pero reconocemos que existe un Dios superior sobre todas las cosas, dos energía, una positiva y otra negativa (Kallawaya).

Entre las enfermedades espirituales encontramos varios tipos, según el origen de la enfermedad/padecimiento:

1) enfermedades por falta de ofrenda; 2) enfermedades por no respetar a los dioses; y 3) enfermedades por falta de respecto a los lugares sagrados.

Este tipo de enfermedades pueden ser curadas por cierto tipo de terapias tradicionales: kallawayas, jatiris, yatiris y curanderos.

1) Las *enfermedades por falta de ofrenda* se resuelven preparando una ofrenda o a los dioses o alguna alma (normalmente familiar) que está pidiendo atención. Dentro de estas enfermedades encontramos: el alma castigo, enfermedad que puede aparecer reencarnada en cualquier enfermedad, y que aparece cuando un sujeto no cumple con las almas. El alma castigo, que puede afectar no sólo a la persona que está incumpliendo sino a cualquier miembro de la familia. La única manera de diagnosticar este padecimiento es a través de la lectura de las hojas de coca. El tratamiento se realiza a través de mesas rituales, poniendo velas y realizando misas a los difuntos.

2) Las *enfermedades provocadas por no respetar a los dioses* pueden venir, por ejemplo, por realizar un aborto:

Están los pecados del hombre como el aborto, eso no se puede hacer y por eso reacciona la madre naturaleza y puede mandar enfermedad, sequía (Kallawaya).

Pueden venir estas enfermedades por echar plástico a los ríos, por no cuidar la naturaleza (Naturista).

3) Las *enfermedades provocadas por alterar los lugares sagrados*. En este tipo de enfermedades podemos incluir las enfermedades provocadas por las wacas (provenientes de espíritus malignos). Una de estas enfermedades es el *Jallp'a jap'iqa*, “agarrado por la Pachamama”:

Eso es el jallp'a, que decimos en quechua, por ser un lugar sagrado. Por ejemplo, en este patio mismo hay muchos lugares sagrados. Digamos, si usted le ha hecho dormir a la wawa o se ha caído en este lugar, automáticamente atrae la energía terrenal del hombre, porque son campos magnéticos, entonces cuando ese jallp'a pierde su energía se manifiesta

mediante el grano, mediante las carachas, es cuando se abre la herida de un granito y se hace grande, que no pueden curar y a veces se hincha el ojo. Es una enfermedad común en el campo. Ellos saben muy bien que la Pachamama nos hace enfermar, entonces saben cómo hacer dormir a la wawa, cómo caminar en la noche y saben también cómo sembrar (Kallawayaya).

También es común encontrar esta enfermedad en la ciudad de Potosí. Una de las enfermedades espirituales que aparecen como frecuentes en las comunidades, según relata un terapeuta tradicional es la *chullpa*:

Enfermedades de las chullpas, de los huesos; bueno pues, más antes han habitado en este lugar hombres, hombres pequeños, los chullpas. Hace millones de años. Entonces, todavía tienen sus cementerios por el sector... por ejemplo aquí abajo por Tarapaya, por esos sectorcitos, hay por Cebadillas. Los del lugar ya conocen, pero muchas veces por hurgar, o algún investigador ha ido a destapar esos lugares, entonces al pueblo hace enfermar. De esas cosas hay que pedir perdón, hay que enterrar esos huesos. Eso también se cura con las mismas cosas, con los mismos huesos, con las mismas tierras se cura esa enfermedad, no es incurable... Chullperios se llama. Bueno, al principio aparece siempre heridas, heridas cancerosas, lo que no puede curar, no pueden... Todos en la comunidad, heridas aparecen, primero aparecen tumores, después se abre la boca y ahí aparecen... de esas heridas huesos salen. Eso trae bastante problema. Si ha ido al cementerio, ha hurgado, entonces ya no necesitamos nada, sólo al ver ya nos damos cuenta de que es la enfermedad de chullpas (Kallawayaya).

Existe otro tipo de clasificación, según el tratamiento que se concede a las enfermedades/padecimientos: a) las enfermedades que pueden ser curadas con plantas medicinales y b) aquellas enfermedades que necesitan de un ritual para la curación. Las enfermedades corporales pueden ser curadas a través de plantas medicinales, o medicamentos de patente, mientras que para las espi-

rituales puede existir la combinación de ceremonias rituales junto con plantas medicinales, o solamente ceremonias rituales⁷:

- a) Las enfermedades del cuerpo cuyo origen no es espiritual siempre pueden ser tratadas con plantas medicinales:

Bueno, lo corporal siempre con las plantas medicinales, manejamos plantas frescas.

- b) Las enfermedades que necesitan de una ceremonia ritual para su tratamiento son todas las enfermedades consideradas espirituales: susto, *qayqasqa*, embrujo, amartelo, *chullpa*, *jallp'a*, gloria, arco iris, etc.

En la clasificación según el diagnóstico y el tratamiento encontramos a) las enfermedades que pueden curar los médicos y b) Las enfermedades que sólo pueden ser tratadas por un terapeuta tradicional.

- a) Entre las enfermedades que pueden tratar los médicos se encuentran sólo las enfermedades consideradas corporales:

Parte corporal es, como usted sabe, el mal manejo de nuestro alimento; entonces es más sencillo, pero si hay complicación, digamos en la parte corporal, como por decirte la vesícula biliar, algunas heridas cancerosas en el interior del cuerpo, a veces no podemos hacer, entonces obligado el médico tiene que solucionarlo (Kallawaya).

- b) Entre las enfermedades que sólo puede tratar por un terapeuta tradicional encontramos el susto:

Digamos un susto en las wawas, entonces el médico no puede curar realmente; entonces, nosotros estamos curando [...] porque muchas veces el médico dice esta wawa ya se va morir,

⁷ En estas ceremonias rituales se encuentra la utilización de q'was, sacrificios de animales, mesas rituales, etc.

diciendo a su papá se lo entrega. ¿Pero qué hace?, viene donde nosotros y lo salvamos; no muere (Jampiri).

También encontramos aquellas enfermedades del cuerpo que pueden ser tratadas por los dos sistemas, el biomédico y el tradicional, como puede ser el caso de la diarrea, los resfríos, problemas respiratorios, úlceras, gastritis, reumatismo, artritis y todas aquellas enfermedades consideradas por la biomedicina de atención primaria. Los terapeutas tradicionales consideran que su ámbito de tratamiento termina cuando una persona necesita de una cirugía, espacio que delegan y dejan a los médicos:

Después desinflamamos la vesícula biliar, si no hay todavía cálculos, y cuando hay cálculos obligado hay que hacerle un tratamiento, una consulta, obligado tenemos que mandarle donde un médico para que le operen (Jampiri).

Prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades/padecimientos

La prevención

En la cultura andina la mejor prevención consiste en el correcto cumplimiento de las normas sociales. Al mismo tiempo, existe toda una serie de técnicas para prevenir enfermedades/padecimientos y prácticas, como poner ciertas plantas en las casas, utilizar agua bendita, realizar *q'oas* para la prevención de enfermedades/padecimientos en las casas o lugares de trabajo, cumplir con las ceremonias a los muertos, realizar ceremonias de agradecimiento a los dioses, etc. La alimentación también es un aspecto que los terapeutas tradicionales consideran importante para la prevención de las enfermedades/padecimientos:

La alimentación es muy importante, cada cosa se debe comer en su tiempo, cuando la tierra produce, y así se va a mantener bien (Naturista).

Por otro lado, existen ciertas prácticas preventivas, principalmente para la maldición y el embrujo, como es la ingesta de cierto tipo de animales: gato negro, ratón, o beber la sangre del búho, prácticas tradicionales que son utilizadas en el sistema de autoatención pero también en el sistema médico tradicional.

El diagnóstico

Los diagnósticos de las enfermedades/padecimientos varían de acuerdo con el tipo de terapeuta tradicional. Mencionaremos exclusivamente aquellas técnicas diagnosticas más frecuentes entre los terapeutas tradicionales con los que trabajamos. Estas técnicas son: la observación del orín, tomar el pulso, ver en los ojos, la lectura de las hojas de coca, y la interpretación de los sueños.

La técnica del *pulso* es utilizada por todos los terapeutas tradicionales. Consiste en tomar el pulso del enfermo:

Se nota en el pulso si es más rápido o no y ahí preguntamos... qué ha pasado, a veces nos informan que en las noches no pueden dormir, o en el momento que esta durmiendo despierta gritando, entonces quiere decir que ha tenido algún problema, algún susto, y así diagnosticamos, de esta forma. Hay que verle la vena, siempre hay que ver el pulso, eso es lo primero para saber qué tiene (Curandero).

El pulso también se toma para saber si falta algún espíritu del cuerpo:

Por los síntomas diagnosticamos, se nota en la pupila de los ojos, el decaimiento, vemos mediante las venas, el pulso, mediante el corazón también, golpea fuerte cuando falta el espíritu, el corazón palpita un poco más rápido, y ahí nos damos cuenta que falta su espíritu (Kallaway).

Con respecto a la técnica de *la lectura de las hojas de coca*, presenciamos diversas maneras de leerla. La más común es la lectura de las hojas sobre un aguayo y con la utilización de una campanilla que sirve para espantar los malos espíritus:

Hay que leer la coca, aunque a veces sabemos sólo con mirar a la persona lo que está pasando. Muchas veces la gente viene porque quiere saber cómo le va a ir en el trabajo, en el amor, en la salud o porque se les ha perdido algo, o porque están enfermos y quieren saber qué enfermedad tienen, la lectura de la coca sirve para resolver problemas (Curandera).

Otros terapeutas diagnostican a través de la lectura de los naipes.

La *técnica del orín* también es muy utilizada por todos los terapeutas tradicionales de la zona andina:

Hay que mirar qué te duele, qué cosa duele, cómo duele, si come o no come, entonces según eso curo también, sus venas hay que mirar, si está funcionando bien la vena o no. Hay que mirar el orín, yo agarro una semana el orín y ahí clarito se avisa, limpiecito en botella grande hay que agarrar (Curandera).

El orín sirve para ver qué enfermedad tiene, pero también sirve para curar muchas enfermedades, hay que tomarlo, o bañar al niño para bajar la temperatura y también es bueno para la hemorragia. El orín del niño es más limpio que el del adulto (Jampiri).

Otra de las técnicas utilizadas para el diagnóstico es la interpretación de los sueños:

Vienen mis sueños cuando estoy durmiendo, clarito en mis sueños las personas vivas me hablan; me hablan para saber resolver los problemas de la gente y así se sabe quién ha hecho el mal a quien. Cuando soñamos feo, es que te está avisando que viene la enfermedad, y puedes soñar también qué tipo de enfermedad tiene la persona (Curandera).

Otra manera de diagnosticar por los sueños es a través de la interpretación que realizan los terapeutas tradicionales sobre los sueños de los pacientes:

Los sueños son importantes porque en la noche el hombre carga su energía y se manifiesta a través de su sueño todas las molestias de su cuerpo (Kallawaya).

Es común la utilización de diferentes técnicas diagnósticas para obtener un buen resultado, siendo lo más frecuente la combinación de todas ellas. Tanto el diagnóstico como el tratamiento poseen días de la semana que son considerados más propicios para la resolución de problemas o enfermedades. Los martes y viernes son para protección de los brujos, malos espíritus y maldiciones; en estos días, muchas personas ponen velas, mascan coca, fuman cigarro y consumen alcohol. Los lunes son considerados los días de las almas y no se pueden realizar ofrendas a la Pachamama, y los jueves, miércoles y sábados son los días de la semana para la curación de enfermedades y ofrendas a la Pachamama. Tanto el humo del tabaco como el alcohol y la coca ayudan a conectar con las almas, siendo estos tres elementos sagrados en la cultura quechua.

Hemos podido comprobar que muchos quechuas fuman un cigarrillo el lunes por respeto a las almas:

Mi madre cada lunes se fuma un cigarro, ella dice que si no las almas se pueden enfadar y mandar desgracia, también lo fuma para mi padre que está muerto. Porque cuando muere el padre es el que queda guardando de toda la familia, y el tabaco a las almas les gusta. Mi madre no es fumadora sólo fuma dos cigarros en la semana para las almas (Madre, 24 años).

El tratamiento

Entre los profesionales de la medicina tradicional, el tratamiento de las enfermedades es resuelto de diferentes maneras, dependiendo del tipo de padecimiento y del tipo de terapeuta tradicional que resolverá el problema. La atención de los kallawayas es principalmente a través de ceremonias rituales, aunque también atienden partos, realizan *milluchadas* (curación, limpieza), *q'oadas*, y son conocedores de las plantas medicinales. El naturista realiza la atención a través de plantas medicinales, masajes, baños de vapor y a través de la alimentación. Las *capachiquiras* se dedican a vender las plantas medicinales y recomendar el tratamiento en las dosis y días indicados para su curación, y también

realizan mesas rituales. Yatiris, jampiris y curanderos tratan a través de ceremonias rituales, realizan ofrendas y conocen las plantas medicinales. Los mates son los que venden mates en la calle, las parteras están dedicadas en exclusividad a los problemas del embarazo, parto y puerperio, y su tratamiento es a través de masajes, acomodación del bebé –el manteo– preparación del cuarto del parto, recomendación de mates y principalmente la atención al parto.

Los kallawayas, jampiris y yatiris efectúan parte de los tratamientos con *q'oas*, con limpias, ceremonias con sacrificio de animales, plantas medicinales y el *phiwaj siwayru* (mineral que se aplica en caso de susto).

El tipo de atención que suelen realizar los terapeutas tradicionales es grupal, en el interior de las casas de los enfermos o pacientes, en la cima de los cerros o en lugares sagrados. Del ritual participan todos los integrantes de la familia, incluidos los niños. La mayoría de las sanaciones se realizan en la noche, cuando está cayendo el sol o a la entrada del sol, y existen días indicados para cada tipo de patología o padecimiento. A veces la atención se realiza en la casa del terapeuta tradicional, donde el paciente y su familia permanecen hasta que el enfermo se encuentra mejor:

A veces se quedan aquí en mi casa unos tres días, una semana, así, cuando ya está mejorcito se van no más (Curandera).

Este tipo de atención difiere mucho de la que recibe el paciente en el sistema biomédico, donde no se concibe como sesión grupal sino individualizada.

Para los terapeutas tradicionales la alimentación es un aspecto importante para el tratamiento de muchas patologías:

Tratamos siempre de orientar a la gente lo que tiene que comer, la comida es importante, depende de la enfermedad que tenga, un caldito le va bien. Hay a veces gente que le gusta tomar mucho, y muchos enfermos de los pulmones es por todo el alcohol que toman. (Curandero).

Tratamos de ver de qué lugar vienen, conocemos las comunidades, en qué lugar está más o menos, y según eso vemos qué clase de comida está comiendo, qué clase de agua utiliza, entonces ya sabemos qué medicina se le puede dar (Kallawayas).

Entonces, un problema de los huesos quiere decir enfermedad del hueso, entonces lo que tratamos es de no dejarle comer carne, no le dejamos comer carne, solamente a base de frutas y verduras y la soya que es muy buena tratamos de darle, de recetar las cosas que contienen mucho calcio para que él se pueda mantener bien (Naturista).

Para los terapeutas tradicionales la dieta es importante en la resolución de los problemas de salud, tanto para la prevención como para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Patologías más frecuentes

Para los terapeutas tradicionales, las enfermedades/padecimientos más frecuentes en Potosí son el susto, *wayra* (el viento), el arrebato, el embrujo, la gloria –especialmente en la zona rural– la *qayqasqa*, *q'uya unquy* (mal de mina), la *saq'a unquy* (enfermedad de los pulmones), el *sulili* (vesícula), la *wijsa thallisqa* (estómago vuelto), el *tullu unquy* (problema de huesos), la panza (problemas de estómago), la *madre unquy* (problemas de matriz), el amartelo, las enfermedades de chullperia, la *qhasa unquy* (enfermedad del frío), la diarrea y el alcoholismo.

Una de las causas que los terapeutas tradicionales encuentran como un problema de salud grave en la ciudad y las comunidades –y que al mismo tiempo provoca otras enfermedades– es el alcoholismo:

De los tragos, de los alcoholes, de eso se enferman, no comen también y de eso se enferman. Harto hay acá de eso (Jampiri)

El alcoholismo es parte psicológica del hombre y nosotros lo tratamos haciendo ceremonias y viendo como está su alma, su espíritu. Muchas veces el alcoholismo es motivado por una causa, por perder una persona amada, por sus hijos, o por endeudarse demasiado, hay muchos motivos por los que uno comienza a consumir alcohol. De ahí nace el alcoholismo, y no hay una cura fácil, podemos provocar diarreas, trasbocar

o dar algo contra el alcohol, pero casi no resulta siempre. Hay que tomar una amistad íntima con el paciente, sus esposas tienen que apoyarlo mucho. Los familiares lo tienen que tratar bien, hay que comprenderlo por eso el tratamiento es psicológico (Kallaway).

Dentro de las enfermedades/padecimientos más frecuentes seleccionaremos algunas patologías para analizar el significado de la enfermedad según los terapeutas tradicionales. A través de cinco narrativas sobre padecimientos observaremos el diagnóstico y tratamiento de algunas patologías populares y biomédicas atendidas por los terapeutas tradicionales.

Layqasqa (embrujo)

El embrujo es una enfermedad provocada por un brujo que, a pedido de un sujeto, provoca el ingreso de un espíritu maligno en una persona:

El embrujo puede ser por diferentes razones: venganza, odio, amor, dinero... Existen varias formas de embrujar; por ejemplo, a veces encuentran en su puerta alguna cosa preparada, echada así, entonces la solución es hacer una limpieza tradicionalmente. Depende para qué se le embruje, si para que tenga dolor de estómago, cabeza, volverse una persona loca. También en la vida matrimonial, por ejemplo, no se puede vivir bien, viven peleándose, enojándose, entonces es que alguna persona de repente les ha hecho hacer algo, y una característica importante del embrujo es que no responde a las medicinas. Ver en coca es muy importante para saber si es embrujo. La cura es mediante una limpia, la limpia del cuerpo mediante el lluq'ë, animales, la misa negra, se puede ir a santuarios a purificar el espíritu. También es bueno tomar la sangre de la persona que le ha hecho embrujar, como muchos lo hacen en la comunidad, en el ayllu. Cuando ya tienen la certeza de quien embrujó, lo golpean y toman su sangre, y con eso se curan, también se puede tomar la tierra de donde existe una huella del pie de la persona que ha hecho embrujar, levantando con cruz con el cuchillo, primero se pone la cruz

y luego se levanta del medio para poder tomar esa tierra. También hacer tomar la tierra del cementerio. Muchas veces nosotros hemos mejorado el problema porque no le puede curar el médico, hemos hecho algunos tratamientos que conocemos; pero a veces tampoco ha resultado; en último caso se dan las heces fecales de una persona, pero en forma quemada; el espíritu tiene miedo o asco y se sale, porque de repente el brujo ha metido un espíritu malo (Kallaway).

Como podemos ver, el embrujo es una enfermedad espiritual que necesita de un terapeuta tradicional para realizar el tratamiento y provocar la salida del espíritu maligno. El embrujo también es reconocido en la iglesia evangélica, pero la causa es el diablo, y, como vimos, la resolución es exclusivamente a través de la oración y la imposición de manos. La biomedicina no reconoce este padecimiento, situándolo en última instancia como una enfermedad psiquiátrica.

Mancharisqa, mulljasqa (susto)

Sobre la enfermedad del susto veremos las diferentes interpretaciones que conceden los terapeutas tradicionales con respecto a las madres y los pastores evangélicos:

El susto les da a los niños y a las personas mayores. De jóvenes, muchas veces se caen o, por ejemplo, los antisociales los atacan por robarles su chamarra, su zapato; se asustan, entonces nosotros tenemos que curar porque se comienzan a enfermar. Tantas cosas están pasando, el gobierno se da cuenta, los médicos mismos no se dan cuenta que nosotros estamos jugando un papel importante, porque cada semana se escuchan asaltos del taxi, o golpeados en la calle, entonces se asusta esta gente y nosotros tenemos que curarla. Las causas del susto son impresiones fuertes que asustan. Su ajayu se baja de la persona y pierden sombra, se pierde el reflejo de su sombra. La persona tiene tres almas y una de ellas corresponde a la energía de la pachamama, este ajayu se sale. El diagnóstico es el sueño intranquilo, sobresaltos, pesadillas, decaí-

do, miedo, el pulso muy acelerado, el corazón también, pulso entrecortado, deprimido, tiene temblores, no tiene ganas para nada, dolor de cabeza, fiebre o calentura. Duerme con los ojos abiertos, puede darle diarrea, vómitos, los vómitos son amarillentos, la diarrea es como flemosa, verdusca, como gotitas de leche en niños, y puede atacar a la parte débil del cuerpo. También se puede saber el diagnóstico leyendo la coca. El tratamiento del susto se efectúa principalmente con ritos, existen diferentes maneras de efectuar los mismos, como la q'oa, las limpia o pichara, llamada de ánimo (Kallawaya).

La gloria

Con respecto a la enfermedad de la gloria veremos en palabras de un terapeuta tradicional cuál es el diagnóstico y de qué manera es tratada esta patología:

Con la gloria se tiene tos, temperatura y empiezas a enflaquecer, no se come y poco a poco debilita, o sea, mata. La gloria mediante los síntomas es muy claro, porque buscamos la motivación y el paciente siempre dice en tal parte me ha asustado el trueno, o a mi casa ha llegado el trueno, ahí nos damos cuenta nosotros. Para curarlo una noche es suficiente, después dejamos dicho qué va a tomar, qué refresco va a tomar. Lo importante es una noche de miércoles, una noche de sábado sale en la noche a pedir perdón, a hacer una concentración con la madre naturaleza, con la Janajpacha, y así se cura. Hacemos una ceremonia con cordero de cuatro años, cordero blanco, para buscar la suerte también, se sube a la media noche, incluso se amanece sin dormir en la punta del cerro, en los lugares sagrados, especialmente para limpiar el espíritu, esa es la enfermedad de la gloria (Jampiri).

Un Kallawaya lo explica de la siguiente manera:

El trueno es la manifestación de Dios, entonces así se entiende la q'ajia o la gloria que conocemos nosotros, q'ajia, rayo

se tira al suelo. Este problema se da generalmente en el campo. Esta enfermedad se da cuando una persona donde ha caído el rayo, entonces muchas veces el humo que sale ese puede entrar... podemos absorber a través de la respiración, entonces adentro quema el pulmón, el pulmón se desgasta. A veces los dioses eligen a quien mandar el rayo, un rayo llega a una persona y cuando no ve nadie resucita, incluso el cuerpo desecho se vuelve a juntar, entonces cuando se hacen curar se vuelven en un curandero, en un adivino. En la religión andina existen tres truenos. El trueno de Janajpacha es de los dioses y se enojan, el trueno Kaypacha es el castigo de las montañas, porque también nuestros creadores uywiris están en las montañas y el trueno de Ukhupacha que es la madre tierra, son espíritus son dioses que también protegen al hombre, el trueno no siempre es por castigo, también mata al espíritu malo, el trueno lo mete a la profundidad de la tierra a los espíritus malos (Kallaway).

Qayqasqa

La qayqasqa es considerada una enfermedad del espíritu que aparece cuando una persona duerme en lugares sagrados o en “malos lugares”, es muy común entre las personas ebrias que se quedan dormidas en las calles:

¿Cómo se reconoce el qayqasqa en los mayores? Se vuelven agresivos, prepotentes, no pueden conciliar el sueño, tienen insomnio, piensan que les molesta la gente, les da pesadilla, no pueden eliminar gases. Los niños, muchos tienen diarrea verde, se hincha la barriga, no eliminan gases. ¿Cómo se puede curar este problema del qayqasqa? Se da con molle, ruda, alta misa, también tenemos otras hierbas como ser waji y la nuez moscada, también se puede hacer tomar las mismas plantas en infusión. En mayores se puede curar con baños de mesa negra, también se puede hacer limpias o lo que llamamos el trueque también, o sea se hace el cambio con algún animal para las personas mayores en el lugar que haya dormido; algunas veces muchos se acuerdan donde han dormido,

cómo han sentido alguna cosa en ese lugar, han sentido que le ha dolido, que le ha pinchado, entonces sabemos que ese lugar necesita ese cambio... muchos de los curanderos, compañeros, dicen hay que hacer un cambio de muerte. En los niños, se puede dar de tomar orina saumado con pólvora, la madre debe mascar un poco de coca y dar el jugo en la boquita del bebé... hay veces del estómago, pues los niños lloran mucho entonces la coquita les calma el dolor también. ¿Cómo se puede prevenir la qayqasqa? Bueno, no salir en ayunas, no se debe salir, pero hay veces no es simplemente eso, la qayqasqa, sino también podemos tener mal viento o lo que le llaman ustedes la parálisis facial. Entonces uno debe tratar de utilizar un poco de sal, ponerlo en la boca, de repente sin desayunar está saliendo al trabajo bien apurado, entonces tiene que tratar de utilizar sal o un poco de alimento, por lo menos probar un poco de sal, no dejar la ropa fuera del niño en la noche, no botar los pañales desechables en lugares malos, evitar caminar en la noche por lugares desconocidos (Kallawaya).

Q'ichalira (diarrea)

La diarrea es una enfermedad que según su origen puede ser espiritual o corporal. Según los terapeutas tradicionales existen cinco tipos de diarrea⁸, siendo la causa principal el susto:

Existen cinco tipos de diarreas, una es la provocada por el susto, otra por el frío, por el calor, por mala alimentación y cuando no funciona alguna parte del cuerpo. Cuando un niño se asusta ataca la parte débil, y hoy en día los niños enferman con diarrea, nosotros vemos que la diarrea de susto es medio flemoso, así como cuajada como leche y hacemos un masaje, le llamamos su ánimo y se cura. La diarrea es también de frío y calor, uno debe de saber la motivación, también por mala alimentación y cuando no funciona nuestro organismo, el riñón o

⁸ Según Pérez existen once tipos de diarreas. Véase: Pérez 2002

el hígado que no funciona bien también motiva diarreas. Para saber qué tipo de diarrea es nosotros vemos lo que ensucia, también si hay síntomas de calentura y más que todo siempre preguntamos los sueños a los pacientes para dar el diagnóstico, para dar los medicamentos. Cuando es susto sabemos por el pulso, los ojos ojerosos. La diarrea del frío se sabe cuando se tienen molestias del estómago, el estómago suena. Cuando la diarrea es de calor tiene además dolor de cabeza y también tiene molestias en el estómago. Por mala alimentación da como cólico, a veces comienza la infección. Todos estos tipos de diarrea tienen tratamiento diferente y de acuerdo con la constitución de la persona, si tiene constitución fuerte o tiene temperamento medio. Cuando hay infección y comienza a botar, a diarrear, el tratamiento es con mates, hay que ver de qué es. Cuando es de frío la medicina de calor, y al revés. Cuando es de calor damos almidón con manzanilla, almidón con agua de amor seco, cuando es de frío damos membrillo, plantas cálidas (Jampiri).

Estas cuatro patologías populares —el embrujo, el susto, la gloria y la *qay-qasqa*— son enfermedades espirituales provocadas por diferentes causas que provienen de una agresión exterior producida por el no cumplimiento de normas sociales. En la manera de entender estas cuatro patologías por parte de los terapeutas tradicionales se destaca un conocimiento más elaborado y complejo que el conocimiento que poseen las madres en el sistema de autoatención. El saber de los terapeutas tradicionales es más elaborado que el saber popular, tanto en los tratamientos como en el conocimiento de las enfermedades ya que les permite conectar las enfermedades/padecimientos con la religión andina.

La enfermedad de la diarrea, a diferencia de estas cuatro patologías populares, es reconocida por la biomedicina, pero según los terapeutas tradicionales en ocasiones la diarrea es espiritual, en cuyo caso los médicos no tendrían capacidad de resolución del problema. Cuando la diarrea es espiritual, la causa es el susto, y cuando es corporal, la causa fundamental es el frío, el calor o la mala alimentación, elementos importantes dentro de la concepción de salud/enfermedad andina.

La relación entre la medicina tradicional y la religión andina son inseparables. El eje religioso es fundamental en la concepción de salud/enfermedad en el

sistema médico tradicional, de la misma manera que lo es en la iglesia evangélica. Lo que concede significado a cada causa, diagnóstico y tratamiento en el proceso de salud/enfermedad/atención está influido por la percepción religiosa que orienta, más allá de la enfermedad, la manera de actuar y estar en el mundo.

Relación de la medicina tradicional con el sistema biomédico

El sistema médico tradicional trata principalmente la parte espiritual y la psicosocial; la enfermedad corporal sería sólo una consecuencia. Para los terapeutas tradicionales, la relación con el sistema biomédico es fundamental. Consideran que muchas de las causas de muerte infantil en Potosí son debidas a la diarrea, y esa diarrea es la consecuencia del susto:

Hoy en día de lo que más se enferman los niños es de diarrea y esto casi siempre es el susto, nosotros en una hora, hora y media podemos hacer que se pase el susto, llamamos su ánimo, pedimos perdón y se pasa rápido. Especialmente el susto ataca a la wawa, entonces la wawa empieza a diarrear, la llevan al médico, el médico no soluciona y se muere la wawa. Por eso es muy necesario coordinar con el médico tradicional y con el médico académico; tiene que haber una coordinación, si ellos no pueden, entonces automáticamente nos tienen que mandar a nosotros. Si nosotros no solucionamos, entonces tenemos que mandar al médico para que limpien su estómago. Los médicos no entienden, toman lo nuestro como charlatanería y con el susto las wawas se mueren (Kallawaya).

Porque tiene vómitos, entonces hay a veces diarrea todo eso ¿no?, Entonces lo que hacemos es solucionar eso, muchas veces el médico lo que dice es, es una infección, por eso tiene diarrea. Hay veces no es tanto así, entonces lo que se tiene que hacer es las ofrendas, hacer pasar una mesa, una q'oa, para que este niño se pueda sanar de lo que se haya asustado (Curandero).

Para los terapeutas tradicionales lo primero que debería realizarse es el tratamiento espiritual, y recién ahí derivar a los servicios de salud. La coordinación entre ambos sistemas aparece como fundamental, en este caso para poder mejorar los índices de mortalidad infantil.

Dentro de la necesidad de unir y coordinar conjuntamente ambas medicinas, los terapeutas tradicionales encuentran imprescindible mantener los espacios de cada sistema médico:

Ahora ya somos medio recelosos, porque realmente si el Ministerio quiere apoyar al médico tradicional, que nos apoye tal como somos sin cambiar nada. Entonces sin obligar nada. Realmente el médico tradicional no va a desaparecer, no se va a mezclar a la medicina occidental; eso se sabe porque nuestro camino es muy diferente. Porque la parte ceremonial que se hace un médico no va a hacer. El médico tradicional tiene que tener su propio campo para atender a sus pacientes (Jampiri).

Entre estos dos sistemas médicos existen algunos conflictos, que aparecen claramente en la atención al parto, donde se evidencia la diferente concepción de salud/enfermedad de ambos sistemas médicos:

Lo que no gusta es que el médico manosea, con la mano, con el tacto a la vagina de la mujer... ellos mismos suspenden los dolores que tienen... normal... A los practicantes que están en el hospital Daniel Bracamonte hay que decirles que no manoseen tanto con el tacto. La gente prefiere hacer sus partos en la casa o con los médicos tradicionales. Porque nosotros sabemos que los síntomas vienen a la corona de la cabeza, en ese momento nosotros le damos un mate y le hacemos enfermar (Kallawayaya).

Los partos por lo menos son atendidos más en sus casas, porque tienen miedo del hospital, porque la verdad que hay algunas enfermeras que son malas, tratan mal, entonces no quieren volver. Es como hoy día, viene una persona y dice: en el hospital no me atienden bien, yo no quiero volver más nunca al hospital, yo quisiera que me atiendan aquí en mi casa (Partera).

El parto es considerado una enfermedad corporal en la cultura andina, y como tal está sometida al equilibrio entre el frío y el calor:

El parto es un momento donde se pierde calor o donde puede entrar frío, y entonces las mamás por eso inmediatamente después del parto necesitan un alimento caliente, en base a productos que vienen de la naturaleza, como es el chuño; y entonces ellas exigen, sino les dan esto lo encuentran como una cosa desfavorable para su evolución, y es por eso que las señoras se quieren cubrir mucho, no se quieren bañar. Y entonces, bajo la concepción de la medicina occidental, pues, no tomamos en cuenta esto; y tal vez sea uno de los aspectos principales para que la atención del parto institucional en el departamento de Potosí esté por debajo del 40% de atención de parto. Los datos oficiales del 2001 indican que en Potosí solamente el 25% de las mamás han tenido un parto institucional (Kallawaya).

Los médicos en el hospital le quitan el bello a las mujeres para el parto y eso es natural, eso no hace falta y además las desnudan, y ya se pierde calor en el parto, no deben de desnudarlas (Partera).

Podemos ver las distintas maneras de entender el parto entre estos dos sistemas médicos. Las diferentes concepciones dan lugar a conflictos que repercuten fundamentalmente en el sistema de autoatención, a través de los actores sociales principales, las madres. La relación entre estos dos sistemas es de hegemonía/subalternidad. Es necesario un entendimiento conjunto para conseguir entre los dos sistemas mejorar los índices de mortalidad materno-infantil, ya que la mayoría de los partos no están siendo atendidos ni en uno ni en otro sistema, sino en el interior del hogar, por los padres del bebé.

En cuanto a la retroalimentación de los dos sistemas médicos y los cursos de formación que comienzan aparecer en Potosí, encontramos lo siguiente:

Hicimos un curso a enfermeras sobre el parto, pero en la práctica nunca hemos entrado y ellas no nos han visto. En la

teoría es otra cosa y en la práctica es otra cosa, entonces por eso nosotros pensábamos que si se trataba de trabajar en esta forma entonces teníamos que atender nosotros todavía. Viendo eso claro nosotros vamos a capacitar, no es que nosotros no queremos, siempre nos ven pequeños, tal vez porque nosotros no hemos cruzado la universidad nada, por eso nos ven pequeños, pero tenemos nuestras habilidades también (Kallawaya).

Con respecto a los cursos de capacitación que impartieron los médicos en la facultad de medicina a los terapeutas tradicionales:

No nos sirve porque nos enseñan a su estilo de ellos. Yo digo, mi campo es otro, y el campo del médico occidental es otro. Entonces, eh, cuando nos han enseñado era cosa nueva, pero no nos favorece en nada. Nosotros queremos encuentros de médicos tradicionales para intercambiar nuestros conocimientos. Entre nosotros mismos, y ahí es donde vamos a aprender más. La enseñanza occidental es una cosa nueva... nos hace viajar a una mentalidad nueva... muy diferente nos pone, casi no nos sirve... Yo creo que para los naturistas está bien, pero para los médicos tradicionales no, porque nuestro campo es muy diferente; pero para un naturista el campo se asemeja, él maneja el campo occidental mismo, la enseñanza occidental misma; a ellos les sirve, pero a los médicos tradicionales no (Jampiri).

Actualmente, hay un intento por parte de ambos sistemas médicos de comenzar negociaciones y transacciones que les permitan trabajar conjuntamente para mejorar la salud de la población. En este intento por respetar el conocimiento de cada sistema, a través de la Cooperación Italiana en Potosí, la universidad está construyendo un centro de medicina tradicional que estará situado junto al hospital Daniel Bracamonte y a la facultad de medicina. En esta misma línea, otro aspecto importante es la creación de un postgrado de salud intercultural orientado al personal sanitario. Ambos sistemas tendrán que trabajar el ser reconocidos y aceptados conjuntamente por la población de Potosí.

El rol de los terapeutas tradicionales en la ciudad de Potosí

A lo largo de los años, el rol que cumplen estos actores sociales en la ciudad de Potosí ha ido cambiando. Hace algunas décadas, cuando la relación de los sujetos sociales con la biomedicina no era tan habitual, los terapeutas tradicionales representaban el sistema de salud más importante para la resolución de los problemas relacionados con la salud de la población de Potosí. Actualmente, el sistema biomédico ocupa un espacio importante a través de los hospitales, centros de atención primaria y farmacias, que influyen sin lugar a dudas no sólo en el sistema de autoatención, sino también en el sistema médico tradicional, ya que los terapeutas tradicionales han absorbido y resignificado tanto conceptos como prácticas biomédicas.

Con la conformación de SOBOMETRA, la medicina tradicional ocupa un espacio fundamental en el Estado, pero sigue siendo subalterna ante la biomedicina. Esta subalternidad –en términos de subordinación al sistema biomédico– es reconocida no sólo por los representantes de la biomedicina sino también por las madres. Este sistema médico ha visto reducido su ámbito con la incursión de la iglesia evangélica, que si bien es minoritaria en la ciudad, comienza a ser un ámbito de sanación y curación importante en las áreas rurales, donde la biomedicina está poco presente.

El rol de los terapeutas tradicionales en la ciudad de Potosí sigue siendo importante en la actualidad, fundamentalmente en la resolución de problemáticas donde el sistema biomédico local no posee cobertura; es decir, en aquellas patologías de orden psiquiátrico, psicológico y las patologías populares. Al mismo tiempo, los terapeutas tradicionales resuelven y dan solución a problemáticas laborales, familiares o amorosas que no pueden ser resueltas en otros espacios.

Los terapeutas tradicionales que se encuentran en la ciudad son numerosos, aunque no todos pertenecen a SOBOMETRA. En cada barrio de la ciudad suelen existir terapeutas de diferente tipo. Algunos sólo tratan un cierto número de patologías, y existen, por ejemplo, terapeutas que se encargan en exclusividad de tratar el susto y el estómago vacío, y otros que solamente se dedican a la lectura de las hojas de coca.

La migración constante de los habitantes de la ciudad hacia zonas rurales y viceversa facilita el fluido de terapeutas tradicionales de la zona del campo a la ciudad. Muchos habitantes se atienden con terapeutas tradicionales que

llegan del campo, mientras que otros se van a la zona rural a hacerse atender. Las redes sociales se intensifican entre el campo y la ciudad cuando surge un caso de enfermedad en la familia. Si bien los terapeutas tradicionales permanecen, lo hacen a partir de ver reducidas sus funciones y de compartirlas con los médicos y con los pastores evangélicos.

El poder de los terapeutas tradicionales queda reducido al tratamiento de ciertas patologías que ha de compartir con poderes que vienen de fuera de su cultura (poder médico y religioso). Su poder queda articulado a los poderes externos a su propia cultura que operan dentro de su comunidad.

Para las madres quechuas, la medicina tradicional no aparece como oposición a las otras prácticas médicas de Potosí, sino como complementación.

La importancia de las enfermedades que tratan los terapeutas tradicionales incide sobre la mortalidad en la ciudad. Hemos visto que una de las patologías que provoca un alto número de muertes en los niños es la diarrea. Según los terapeutas tradicionales, la muerte infantil por diarrea es causada por la enfermedad del susto, patología que sólo ellos están en condiciones de tratar.

Como consecuencia de este juego de interacciones, los terapeutas tradicionales pasan a formar parte de una doble subordinación: la primera en cuanto al grupo quechua –la subordinación como miembro del grupo étnico frente a la sociedad mayoritaria–, y la segunda en cuanto a la utilización de una práctica médica que es rechazada por la biomedicina y la religión evangélica.

CAPÍTULO 8

El sistema biomédico

El último sistema médico que analizaremos, el biomédico, nos permitira abordar las representaciones sociales y las prácticas del personal de salud, principalmente de los centros de atención primaria. A partir de las patologías más frecuentes en las áreas de salud, las representaciones del personal sanitario sobre el significado que éste concede a los otros sistemas médicos, a sus problemas laborales cotidianos, a las problemáticas de salud pública más importantes de la ciudad y a los cursos de formación que consideran necesarios para mejorar sus problemáticas en la relación médico/paciente/comunidad¹. A través de las madres, analizaremos también las representaciones sociales en torno a su manera de percibir y entender las problemáticas de los centros de atención primaria.

La construcción ideológica de la enfermedad en este sistema médico adquiere características distintivas, debido a ello, lo que nos interesa destacar no es la manera en que este sistema clasifica las enfermedades y realiza el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las mismas, sino las representaciones del personal de salud con respecto a los otros sistemas médicos y al suyo propio. Las problemáticas más importantes con las que se encuentran en su práctica laboral, y las necesidades de formación que ellos proponen.

¹ Estos cursos de formación están detallados en el anexo.

Cuando hablamos de sistema biomédico estamos haciendo referencia específica al Modelo Médico Hegemónico (MMH) desarrollado por Eduardo Menéndez, definido como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez 1990:83).

En esta construcción se encuentran tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado, cuyos rasgos estructurales son “el biologicismo, concepción teórica evolucionista/positivista, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud/enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico/paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, concepción del paciente como ignorante, paciente como responsable de su enfermedad, inducción a la participación subordinada y pasiva, producción de acciones que tienden a excluir al ‘consumidor’ del saber médico, prevención no estructural, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia al consumismo médico, predominio de la cantidad y productivo sobre la calidad y tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez 1990: 87).

En este sistema médico, a diferencia de los anteriores, obtuvimos la información no sólo con las técnicas de entrevistas y observación sino que además utilizamos grupos focales con cada uno de los profesionales que forman parte de los centros de salud.

Centros de atención primaria de la ciudad de Potosí

En la ciudad de Potosí existen 14 centros de atención primaria de la salud. La mayoría de estos centros están compuestos por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, una trabajadora social, un administrativo (que en la mayoría de los casos se hace cargo de la farmacia), estudiantes de enfermería y medi-

cina (en algunos centros), un odontólogo y los Responsables Populares de Salud², que son los únicos integrantes del equipo que no son remunerados. Algunos de los centros poseen una plantilla más numerosa, pudiendo contar con dos médicos y dos enfermeras. En el año 1990 se fortaleció la red de los servicios con la presencia de las trabajadoras sociales en los equipos, siendo el único lugar de todo el país donde éstas forman parte de los centros de atención primaria.

En Potosí además de los centros de atención primaria existe un solo centro de segundo nivel, el centro de salud Potosí, donde son atendidas especialidades de ginecología y pediatría y posee un programa especial de enfermedades de transmisión sexual.

A cada centro de atención primaria le corresponde una población que varía entre los 9.000 y los 13.000 habitantes. Los programas sanitarios que se llevan a cabo en los centros de atención primaria son: el SUMI³ (para las mujeres embarazadas, puerperio hasta los 6 meses, y niños hasta los cinco años en los distintos programas y patologías) y el programa de la tuberculosis. Estos programas se originan en políticas nacionales, y se prestan gratuitamente a la población, tanto la consulta médica como los medicamentos. El resto de las patologías del primer nivel de atención son remuneradas; el costo de la consulta de los centros de atención primaria es entre 3 y 8 bolivianos, dependiendo del centro.

La recurrencia de las madres al centro de salud suele ser en su mayor parte para recibir atención del programa SUMI:

Acudimos al centro normalmente cuando estamos mal; así, esperando familia, ahí acudimos, después vamos cuando están mal nuestros niños, a eso acudimos de resfrío, de diarrea, alguna cosita siempre tienen, pues (Madre, 25 años).

Como comenta un médico de una de las áreas: *el 80 % de las demandas son del SUMI*. Los trabajadores asegurados acuden para ser atendidos en el hospital Obrero (La Caja Nacional de Seguridad Social). En la Caja de Salud no dan los mismos beneficios que concede el programa del SUMI a las mujeres embarazadas (se provee gratuitamente a las usuarias de sulfato ferroso y vitaminas). Estos beneficios sólo se obtienen en los centros de atención primaria de la salud, como comenta una auxiliar de enfermería:

² La función de los Responsables Populares de Salud es la de mediador entre la comunidad y el centro de salud.

³ SUMI: Servicio Universal Materno Infantil.

En la caja no le hacen su peso, no le dan su vitamina, su sulfato ferroso, entonces todos esos beneficios no los hace la Caja y vienen aquí al centro de salud.

Cuando la situación económica del paciente no alcanza para el pago de la consulta, en los centros de atención primaria se consigue, a través de la trabajadora social, que se atiendan como casos sociales⁴. Debido a que la atención gratuita sólo se aplica a las mujeres embarazadas y los niños, éstos son prácticamente la única población que se encuentra en las salas de espera de los centros de salud. Motivo de la poca recurrencia de los hombres a la consulta médica en estos centros.

Uno de los problemas con los que se encuentran los usuarios es el horario de atención: de 9 a 12 h. y de 14 a 17 h., de lunes a viernes, coincidiendo con el horario laboral:

Trabajo en una tienda y a veces estoy hasta las tres de la tarde, cuando llego más temprano tengo que ir a hacer las cosas de mi hijo, por eso hay muchas veces que un poco tarde llego y ya no hay fichas. Este último le he llevado de emergencia, pero ellos ya me han querido poner en orden; entonces una mamá que ha llegado de Argentina ha protestado, ha dicho mi hijo se puede morir sino lo atienden de emergencia, por algo existe emergencia, pues en ese caso las dos nos hemos molestado y ahí recién nos ha dado una ficha para que nos atienda el doctor. Pero si no nos quejamos, nada (Madre, 23 años).

A partir de las cinco de la tarde, la mayoría de los pacientes recurren a la Cruz Roja, cuya consulta es de 10 bolivianos, y atienden todos los días de la semana durante las 24 horas. Las consultas de los médicos generales privados varían de 15 a 50 bolivianos. Existen algunos médicos con consulta privada de gran fama

⁴ En ocasiones, debido a que las actividades de la trabajadora social se realiza en su mayor parte fuera del centro, en la comunidad, a menudo los pacientes no la encuentran cuando necesitan. Sin poder acceder por ello en muchas ocasiones a la consulta gratuita. Existe un centro de segundo nivel (centro Potosí), donde la trabajadora social apenas sale a la comunidad, y muchos pacientes prefieren recurrir a ese centro, ya que la trabajadora social se encuentra siempre en la oficina y pueden conseguir las boletas de referencias.

entre la población, fundamentalmente la de bajos recursos, por su calidad de atención y por trabajar con un horario más amplio que los centros de salud.

Los datos de morbilidad que aparecen más frecuentemente en los centros de atención primaria de Potosí son, según el personal sanitario, los problemas de desnutrición, seguidos de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), enfermedades de transmisión sexual, casos de tuberculosis, sarna, varicela y alergias. Aunque muchos de los motivos de atención en el centro son los controles de embarazos y niños, ya que son los beneficiarios del SUMI y reciben gratuitamente aceite vitaminado para los niños con bajo peso, y sulfato ferroso y vitaminas para las mujeres embarazadas.

El personal de salud de los centros de atención primaria considera que la principal causa de muerte en la ciudad de Potosí son los accidentes laborales por el trabajo en las minas⁵, la tuberculosis, la silicosis y el alcoholismo. Además de las enfermedades asociadas a la mina están las complicaciones en el parto y la desnutrición en ancianos:

A veces por viejitos, cuando los viejitos se ponen mal ya no les atienden, entonces por desnutrición, los botan en un cuarto (Enfermera).

La gente mayor por vejez y por accidentes en la mina, muchas veces porque ha tomado o bebido, tiene una caída, entonces muere en la mina (Auxiliar de enfermería).

Según el personal sanitario, las principales causas de muerte en los niños son las diarreas, los accidentes, la desnutrición (provocada por diarrea), la neumonía y la deshidratación; los suicidios y los accidentes son la principal causa de muerte en adolescentes. Por otra parte, la violencia doméstica, el alcoholismo y los problemas de higiene aparecen como las problemáticas de salud pública que el personal de salud de los centros de atención primaria considera como las más importantes de la ciudad:

Pese a que no acuden al servicio, las señoras son maltratadas, suelen venir a avisarnos, pero quieren que lo llevemos en secreto, no quieren que denunciemos a la policía. Si denunciemos, los familiares nos hacen un bollo (Médico).

⁵ La mayoría de los accidentes laborales en las minas no son declarados como tales.

No sólo hay violencia con las mujeres, también con los niños, hay mucho alcoholismo y eso sumado al hacinamiento de las casas (Trabajadora social).

También la parte económica es la que influye más para el maltrato, para la violencia (Trabajadora social).

Muchos de los problemas de diarreas y los problemas intestinales en su mayoría son por falta de higiene; no hierven el agua para beber, no se lavan las manos. Esto hay que hacerles cambiar, es un problema. Yo diría que es uno de los problemas más importantes de educación sanitaria (Enfermera).

Las problemáticas de salud pública más relevantes de la ciudad de Potosí

De todo lo recorrido hasta aquí se desprende que las problemáticas más relevantes en la ciudad de Potosí por su nivel de incidencia no sólo en la salud individual sino asociado a otros aspectos de la vida cotidiana son el alcoholismo, seguido del suicidio en adolescentes, la desnutrición en ancianos y el embarazo no deseado en adolescentes. Sin embargo, estas problemáticas no son consideradas como prioritarias ni en la ciudad ni en el departamento de Potosí, y no existen programas especiales de educación sanitaria de los centros de atención primaria que puedan ayudar a paliar tales problemas. Las problemáticas más importantes que encuentran las madres en la comunidad son: *“la pobreza y la falta de empleo”*.

Consideramos que, para realizar programas que sean eficaces, se deberían realizar investigaciones en profundidad –a través de metodología cualitativa– sobre estas problemáticas, no sólo para la aplicación de programas adecuados, sino también para conocer el porqué de estas situaciones que afectan a una gran parte de la población.

El *alcoholismo* representa una de las grandes problemáticas que afecta no sólo a la población minera, sino fundamentalmente –en los últimos años– a los adolescentes, repercutiendo en un aumento de la violencia doméstica, así como en embarazos no deseados.

Mucho, mucho alcoholismo; también en los jóvenes estudiantes mucho alcoholismo y esto hace que haya mucho embarazo doble, embarazo hacia las niñas y yo creo que esto se debe a la falta de educación (Médico rural).

Por el día no se ven, pero por comentarios de los vecinos nos estamos enterando que hay mucho alcoholismo, hay pandilleros, no sé si se ha enterado que aquí abajo ya ha habido dos asesinatos de jovencitas. Están habiendo más locales de fiesta los fines de semana, y es peligroso. Ya hemos tenido esas dos muertes en el barrio (Trabajadora Social).

El problema del alcoholismo es analizado como una problemática también asociada a la desocupación:

Es un problema el alcoholismo porque se ve en adolescentes y también en gente adulta. En la gente adulta el problema es la desocupación, no pueden encontrar trabajo, entonces más se dan a la bebida (Trabajadora Social).

Yo pienso que más que todo es el aspecto económico y hacen que se tomen por ejemplo un alcohol, para deslindar, para olvidar (Enfermera).

El alcoholismo también es visto como una cuestión cultural, como surge del relato de una auxiliar de enfermería de la zona rural:

Tal vez por su cultura que tienen ellos porque como aquí son al 100% mineros, ellos piensan que todos los días viernes deben de cha'llar, entonces ellos tienen un ídolo que lo llaman el Tío y a él le dan ciertos sacrificios y entonces es de ahí que empiezan (Auxiliar de enfermería).

En la problemática del alcoholismo influyen diversos aspectos –socioeconómicos, ideológicos y culturales– que confluyen en el proceso de salud/enfermedad/atención, y es por su complejidad que resulta necesaria una

investigación en profundidad, que pueda dar cuenta de todos estos factores que convergen en esta problemática.

El *suicidio de adolescentes* se está incrementando en los últimos años entre la franja de edad de 15 a 18 años, según algunos de los informantes:

En San Cristóbal y Pailaviri, en el mismo colegio, en el baño han aparecido ahorcados, esto es preocupante, han habido hartos adolescentes (Enfermera).

Se suicidan porque han reprobado, por asuntos amorosos, pero yo creo que sobre todo por la situación económica; quieren más cosas de las que los padres les pueden dar (Auxiliar de enfermería).

Algunos adultos se hacen volar con dinamita, pero son pocos... la mayoría son adolescentes, muchos se matan con raticida; antes los curas no hacían la misa cuando era un suicidio, entonces mucha gente no lo decía porque sino el cura no venía a hacer la misa. Ahora ya hacen aunque sea suicidio, pero no todo el mundo lo cuenta (Madre, 57 años).

Evidentemente, el suicidio representa otra de las problemáticas de la ciudad que debe ser investigada con mayor profundidad para poder brindar una solución.

La *desnutrición* en ancianos es otro de los problemas de la ciudad de Potosí, y probablemente también lo sea en la zona rural. Las familias de bajos recursos no tienen cómo mantener a los ancianos, y en muchos casos no los atienden simplemente por falta de recursos económicos. Los programas gratuitos de los centros de atención primaria no cubren a los ancianos. En ocasiones las familias deben elegir entre alimentar al anciano o a uno de los niños, y es común encontrar ancianos abandonados en el interior de las casas. Los ancianos sólo poseen el BONOSOL, que se cobra una vez al año. Según una enfermera:

En ancianos hay bastante desnutrición, los ancianos vienen más con cólicos, con dolor de estómago, vienen por estreñimiento. Pero la desnutrición en ancianos muchas veces sólo la detectan

las trabajadoras sociales cuando entran en las casas, por que muchos quedan abandonados en las casas y ni se les ve. Tenemos mucha desnutrición infantil en los centros, pero la desnutrición en ancianos es un problema, porque ellos no vienen a los centros y no tienen ningún tipo de cobertura. Yo creo que la desnutrición tiene que ver en primer lugar con lo económico y eso depende del salario. En segunda instancia podemos ver la parte de hábitos, pero lo principal es lo económico. Por ejemplo, esta mañana atendía un caso de una señora que su esposo está desocupado; ella es una vendedora ambulante, ha tenido cuatro hijos, dos han muerto y ella desconoce las causas, si ha sido una diarrea, o una infección respiratoria. Y va a solventar el hogar, pero es al día, es a destajo, entonces con este ingreso qué podemos pedir para los niños (Trabajadora Social).

El embarazo en adolescentes es cada vez más frecuente, y en muchos casos se trata de embarazos no deseados:

Aquí en el barrio es un problema, más de la mitad de las mujeres que vienen a hacerse tratar en el programa SUMI son adolescentes. Cada vez hay más adolescentes embarazadas y muchos de estos embarazos no son deseados (Trabajadora Social).

Aparentemente, estos casos han aumentado en los últimos años. Como dijimos anteriormente, algunos miembros del personal sanitario colocan el eje del problema en el alcohol. Las problemáticas citadas anteriormente –alcoholismo, suicidio y embarazo no deseado en adolescentes– se encuentran dentro de la franja de edad que va de los 14 a los 18 años. Consideramos que los problemas de la adolescencia deben ser tratados y analizados en profundidad, e insistimos en la necesidad de realizar investigaciones al respecto.

Las representaciones del personal sanitario

De los grupos focales que realizamos con el personal sanitario de los centros de atención primaria, los profesionales de la salud reconocieron varias pro-

blemáticas en su práctica cotidiana que podemos agrupar en: 1) Problemáticas referidas a la organización de los centros de salud, y 2) Problemáticas con relación a la comunidad.

1) Problemáticas referidas a la organización de los centros de salud

Una de las dificultades con las que se encuentra el personal sanitario en el interior de los centros es la inadecuada infraestructura de la mayoría de ellos y la falta de recursos humanos, siendo una preocupación de todo el personal el aumento constante de demanda de la consulta sin el correspondiente aumento de recursos humanos. Para comprender mejor las representaciones del personal sanitario en torno a sus dificultades laborales vamos a exponerlas por categorías profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y Responsables Populares de Salud.

- a) Para los *médicos* de los centros de salud los principales problemas se dividen en: técnicos-administrativos; falta de criterio de las autoridades en salud para la realización de políticas; inestabilidad en los recursos humanos y falta de difusión adecuada de los programas que manejan; falta de compromiso por parte de los responsables de salud; falta de trabajo en equipo y falta de capacitación y reciclaje continuo. Uno de los grandes problemas que pudimos constatar en nuestra observación es el tiempo que dedica el equipo de salud a rellenar los formularios. Podríamos decir que la mitad del tiempo de la atención al paciente está destinada a cubrir aspectos burocráticos, entre ellos rellenar manualmente una serie de datos para los registros epidemiológicos, hecho que entorpece la relación personal sanitario/paciente.

Tenemos problemas en cuanto a los libros, a los cuadernos escritos sobre los instructivos, respecto al manejo de los diferentes programas. Por ejemplo, sabemos el manejo de la historia clínica, pero no tenemos el instructivo escrito para poder nosotros manejarlo correctamente.

Existe un cambio permanente de los sistemas de registro que dificulta el trabajo (Médico).

Una vez a la semana, cada centro de salud debe presentar un informe a las autoridades sanitarias. Este informe se realiza en el horario de trabajo, dejando durante ese tiempo de atender a los pacientes. Para las madres, este hecho repercute en una baja calidad de atención:

Atiende el doctor cuando él quiere y la cantidad que quiere, unos cinco, unos diez, y si no quiere no atiende ninguno, porque dicen que están haciendo el informe, los días que hacen el informe o van a cursos ni atienden. De atender bien, atiende, pero cuando quiere no más (Madre, 25 años).

Otra de las grandes preocupaciones de los médicos es que consideran que existe una falta de criterio de las autoridades sanitarias en la gestión y por ello poseen criterios poco claros sobre ciertas acciones:

Estamos manejados actualmente por salubristas, pero deja mucho que desear la decisión, la opinión y el accionar de nuestras autoridades. Por ejemplo, en nuestra área nos quitan a un administrativo a tiempo completo por una bioquímica a media jornada, y la jornada de la tarde tendrán los pacientes que esperar al día siguiente para recibir sus medicamentos. Existen muchos cambios de personal, sin criterio (Médico).

Probablemente hayan hecho cursos de salud pública las autoridades, pero no de administración, de organización, eso es lo que nos falta (Médico).

La falta de compromiso por parte de los responsables de la salud es otra de las preocupaciones de los médicos en los centros de atención primaria:

Los responsables del programa, tanto del SEDES como de lo que es la gerencia, y todo ese sentido de directorio, ya que no se está manejando de una forma adecuada. Falta compromiso de los responsables (Médico).

Los médicos reconocen la falta de trabajo en equipo dentro de sus centros, repercutiendo esto en una deficiente calidad de atención al usuario:

No existe trabajo en equipo o en red. Tenemos nosotros en nuestros centros de salud las boletas de referencia, pero casi nunca tenemos la contra referencia, y peor con las otras áreas donde es importante informarnos del trabajo que están haciendo. No trabajamos en red, no trabajamos en equipo (Médico).

Otra de las dificultades que encuentran los médicos en su actividad cotidiana es la falta de capacitación y reciclaje continuo, que consideran que es mucho mayor en la zona rural que en la zona urbana:

Generalmente el área urbana no está siendo capacitada y no está recibiendo ese reciclaje, como en el área rural. En el área rural permanentemente se les capacita, se les recicla, pero en el área urbana no existe eso (Médico).

- b) Para las *enfermeras* de los centros de atención primaria, los principales problemas laborales se dividen en problemas administrativos, sobrecarga laboral y excesiva responsabilidad, falta de motivación, falta de unificación de criterios para evaluar, falta de calidad de atención, problemas de abastecimiento de medicamentos y horario de atención. La sobrecarga administrativa que tienen las enfermeras en los centros es debida no sólo a que al igual que el médico deben completar manualmente varios registros, sino que además suelen manejar la parte económica de los centros de salud, y en algunos centros también la farmacia:

Tenemos sobrecarga administrativa, todos los programas que existen en la red, los programas de salud son responsabilidad de la enfermera y no así del otro personal que trabaja en el centro (Enfermera).

Es por ello que las enfermeras consideran que poseen una sobrecarga laboral y excesiva responsabilidad:

Una enfermera debería trabajar con tres mil habitantes y generalmente nos designan más de diez mil habitantes. En algunas áreas esto nos lleva a que no cumplamos adecuadamente nuestras funciones (Enfermera).

Las supervisiones son hechas siempre a las enfermeras y no al resto del personal sanitario (Enfermera).

Los jefes médicos no asumen su responsabilidad en cuanto a los programas, por ejemplo estamos en una campaña de vacunación, es una responsabilidad netamente de la enfermería... dicen ¿qué están haciendo? ¿Qué están organizando? La evaluación llega solamente al personal de enfermería y no así a la parte médica. Y la responsabilidad ha de ser compartida (Enfermera).

El escaso número de personas que atienden en los centros de atención primaria, sumados a los escasos recursos que poseen, no permite realizar prevención ni promoción de la salud, aunque en el discurso sanitario ambos términos están siempre presentes. La falta de motivación y la ausencia de incentivos por parte de las autoridades sanitarias hacen que el trabajo sea realizado con un cierto descontento:

Puesto que tenemos sobrecarga laboral sería adecuado que nos motivaran si trabajamos más de lo necesario, horas extras. Entonces por lo menos un día de recompensa, porque nos descargan si sacamos permiso, nos descargan de nuestra vacación. Otra forma de compensación sería darnos certificados, memorandos de felicitación, esas cosas motivan (Enfermera).

El hecho de no poseer estrategias de unificación de criterios para realizar evaluación en los centros dificulta y entorpece más aún el trabajo cotidiano, y no ayuda a establecer parámetros comparativos para mejorar las futuras intervenciones:

Por decir, Sagrada Familia maneja de una forma, San Gerardo de otra forma, y así. Esto nos estaría faltando, una evaluación continua, un cronograma (Enfermera).

Una de las problemáticas más preocupantes para las enfermeras –y también para los usuarios– es la calidad de atención, que en algunos casos va unida al desconocimiento del idioma quechua por parte del personal sanitario:

Hay personas que no tratan bien a los pacientes, y después está el tema del idioma, hay algunas áreas en los que todos hablan quechua, pero en otras no, sobre todo los médicos. Esa también es una dificultad (Enfermera).

Los paros y huelgas también dificultan para que los pacientes sean adecuadamente atendidos. Por ejemplo ayer y hoy, el responsable de la farmacia no estaba, entonces se está atendiendo a los pacientes, pero sin darles medicamento (Enfermera).

Esta baja calidad de atención es expresada por las madres de la siguiente manera:

La interna de medicina le está atendiendo y justo... o sea de donde habrá salido el doctor, llega y entra en su consultorio y a la mamá la saca y le grita y le dice: –¿Señora, no sabe leer hasta qué hora es la atención?– Y la mamá le dice, –pero es la atención hasta las cinco. Señora, hay que leer completo, le dice–, las historias clínicas se deben de sacar desde las dos de la tarde hasta las tres, nada más. Eran las cuatro y veinte y no habían pacientes, estaba vacío, y su hijito también estaba mal, por eso le había llevado, y la ha botado así, no la ha atendido (Madre, 27 años).

El doctor muchas veces se altera o les dice espérese, así dice, pues, y por eso muchas veces yo tampoco quiero ir ahí. Cuando necesito voy al Bracamonte o a la Cruz Roja (Madre, 27 años).

El SUMI, por eso yo digo, el hecho de que nos atienden gratis, por eso nos atienden mal, porque es gratis; pero mientras pagamos arriba en la Cruz Roja y nos atienden. En el Bracamonte aunque pagamos no nos atienden a la hora exacta (Madre, 27 años).

Otra de las dificultades que mencionan las enfermeras y que hemos constatado en nuestra observación es la deficiencia en el abastecimiento de los medicamentos, tanto a los centros de salud como a los usuarios:

El encargado de farmacia entra a las 9 en punto y se va a las 12 en punto, y a veces el médico y el personal se quedan hasta las doce y media. Entonces salen las recetas y no hay medicamentos, no hay quien entregue el medicamento y los pacientes se van sin sus recetas. A veces no pueden volver en la tarde, y al día siguiente ya no vuelve, el paciente no está bien atendido (Enfermera).

Al centro no sólo acude gente del SUMI sino población en general y mucha gente no tiene para comprar sus medicamentos (Enfermera).

Las madres lo perciben de la siguiente manera:

El problema es que en los centros de salud no dan muchos medicamentos; no sé, pero paracetamol es lo único que sale, pero eso no le hace efecto a mi hijo. Cada vez así, y al final tengo que ir a comprar a una farmacia, recién le hace (Madre, 23 años).

Hay cosas que no dan; según ellos, ya no cubre el seguro eso, solamente paracetamol cuando se enferman de la diarrea. Me dan una cosa para que no tenga más diarrea, eso es lo único que nos saben dar, nada más (Madre, 23 años).

Cuando vamos a veces le decimos al médico dénos receta para comprarnos, pero no nos da también, sólo nos dan paracetamol, cotrimoxazol, y hay veces que eso no les hace efecto a las wawas (Madre, 25 años).

Por último, las enfermeras destacan los problemas de horario en la atención, que como ya hemos mencionado coincide con el horario laboral de la mayoría de los usuarios:

La gente que trabaja en el PLANE trabaja hasta las cuatro o cuatro y media, vienen al servicio y a veces está cerrado, ya no se les puede atender.

Las madres tampoco están de acuerdo con el horario de atención: *El tema del horario es tremendo, nosotras estamos muy ocupadas, y a veces tenemos que esperar horas, pasa la hora y ya son las 12 y entonces ya no puede atendernos y nos hacen ir en la tarde, y en la tarde vuelve a esperar. Atiende bien pero la macana es que no atienden en hora exacta, muchas veces se molestan cuando les decimos que tenemos que hacer, o que tiene que apurarse; nos dice que tiene que hacer informes y ahí recién comienza atender* (Madre, 27 años).

No les importa que las wawas estén enfermas, se van temprano del centro, sino llegan tarde también (Madre, 33 años).

La atención bien nomás, pero me parece que les hace falta un poco más de atención, porque a veces voy de emergencia y ellos me dicen que ya es tarde, que ya no hay fichas, que tengo que regresar, volvía otro día y me seguían diciendo lo mismo, que no hay fichas (Madre, 23 años).

- c) Para los *auxiliares de enfermería* los problemas más importantes son: problemas de infraestructura, falta de coordinación con los jefes de enfermería, falta de participación en las evaluaciones y capacitaciones y el horario de atención. Dentro de los problemas que destacan las auxiliares de enfermería se encuentran los problemas de infraestructura; y entre ellos, la falta de agua dentro de algunos centros. En nuestra observación comprobamos que el personal de salud (afecta a todo el equipo) no utiliza ciertas normas higiénicas, como el lavado de las manos antes de revisar a cada paciente (tampoco en los centros en los que poseen agua). Sobre la infraestructura, constatamos que muchos centros no poseen estufa, y el clima dentro de los consultorios no es el más propicio para atender a los enfermos:

A veces vas al centro para hacerte un control de embarazo y sales enferma porque te hacen desnudar y hace mucho frío (Madre, 20 años).

Otro de los puntos que ya fueron destacados por las enfermeras es el problema de abastecimiento de medicamentos:

Falta coordinación para el tema de la farmacia, a veces nos dejan colgadas cuando tenemos que vacunar, no hay ni un paracetamol para darles (Auxiliar de enfermería).

En los centros de zona urbana los cursos de formación y las reuniones que se realizan para evaluar los centros de salud se llevan a cabo en horario de trabajo, siendo los auxiliares de enfermería los que quedan a cargo de los servicios. Por tal motivo son excluidos de dichos encuentros:

Va todo el personal de salud a estas evaluaciones, menos nosotras; nos falta participar en las reuniones del CAI [Comité de Análisis de Información] (Auxiliar de enfermería).

No nos llevan a las capacitaciones; siempre va el jefe médico, el jefe de enfermeras. No nos reciclan (Auxiliar de enfermería).

Sobre los cursos de formación en el horario de trabajo, una madre comenta:

A veces íbamos y no encontrábamos a los médicos o a las enfermeras. Estaban pasando cursos, no podíamos encontrarles a los médicos; así que es perder el tiempo ir al centro. Cuando vamos y no hay atención, a qué vamos: a perder el tiempo (Madre, 44 años).

El último de los problemas que destacaron las auxiliares de enfermería fue el horario de los centros, que dificulta la relación que ellos tienen con los pacientes:

Después tenemos otra dificultad, no respetan el horario, muchas veces tenemos ese inconveniente, especialmente las auxiliares, porque nosotras somos las que sacamos las historias clínicas. A veces un paciente se aparece a las cinco menos diez y exige, a veces aparecen a las cinco en punto, y exige que se le atienda, y esa dificultad también la tenemos (Auxiliar de enfermería).

Si bien los auxiliares de enfermería no destacaron la calidad de atención en el centro como uno de los problemas, sí es destacado por las madres:

Una vez he llevado a mi hijo que estaba muy mal, y le he pedido a la auxiliar que me diera una ficha para que le atiendan en el Bracamonte, y me ha contestado que yo era de otro centro, que siempre llevaba a mi niño. Así que me dijo que fuera al otro centro a pedirlo. Así me ha contestado. Yo vivo aquí, aquí tengo que traerle; pero si me contesta así, me tengo que ir a otro centro, no hay otra. Así me ha contestado (Madre, 22 años).

- d) Para las *trabajadoras sociales* los principales problemas laborales se resumen en los siguientes puntos: falta de comunicación dentro del equipo de salud, dificultad en evaluar su trabajo, falta calidad de atención, falta de trabajo en equipo en los centros de salud. Una de las grandes quejas y dificultades de las *trabajadoras sociales* es demostrar su trabajo cuantificadamente:

La práctica del trabajador social es cualitativa, es un proceso que tiene resultados a largo plazo, pero a nosotros en el equipo nos exigen que sean resultados inmediatos, si no, nos dicen que no hacemos bien el trabajo (Trabajadora Social).

El problema de la calidad de atención es asociado por las *trabajadoras sociales* a las relaciones que se establecen entre médico/paciente, auxiliar de enfermería/paciente y enfermera/paciente:

Los equipos no prestan atención a la calidad, entonces la labor de motivación, de promoción, se ve interrumpida cuando la gente llega al consultorio y no encuentra esa calidad que nosotros vamos ofertando en la comunidad (Trabajadora Social).

La falta de trabajo en equipo también es destacada por las *trabajadoras sociales*, pues repercute en una baja calidad de atención:

Existe coordinación pero no existe una integración completa. Siempre tropezamos con un poco de celo profesional por parte

del personal de enfermería; algunas veces se interpreta mal las sesiones educativas. Por ejemplo, dicen que estamos invadiendo su campo. Yo creo que no. Lo que nos faltaría sería un poquito más de integración, comunicación; porque nosotras hacemos educación en salud, pero vamos a la parte social de las patologías, en ningún momento a la parte patológica. Ahí es donde existe un poquito de diferencia e interferencia entre un trabajo en equipo de enfermería y el trabajo social (Trabajadora Social).

- e) Para los Responsables Populares de Salud el principal problema que encuentran en su práctica es la dificultad de concienciar y educar al usuario:

Nuestro problema es el de educar al paciente, e interrelacionar al paciente con el médico. Los problemas por los que el paciente no acude al centro de salud son el económico, el maltrato que recibe el paciente por parte de los médicos y también la negligencia médica. Todo esto hace que el paciente desconfíe. Es en este sentido que el paciente se va aislando de los centros de salud, y nuestro trabajo por lo tanto es difícil (Responsable popular de Salud).

2) Las problemáticas más importantes en relación con la comunidad

Según las representaciones sociales del personal sanitario, una de las mayores preocupaciones con respecto a la comunidad es la falta de conciencia sobre el cuidado de la salud:

No les preocupa la salud, primero van al mercado, después lavan, atienden la casa, y lo último es llevar el niño al centro de salud; no les preocupa la salud, no es importante para ellos. Sólo cuando el niño está muy mal recién ahí lo llevan (Médico).

Ellos no priorizan la salud. Van a pedir una cancha de fútbol en el barrio, antes que se mejore el centro de salud (Enfermera).

Existe poca participación de los actores sociales comunitarios, como ser: las juntas vecinales, los líderes. Nosotras lo atribuimos a la falta de compromiso; no hay mucho compromiso respecto a los problemas de salud, priorizan sus problemas queriendo mejorar su infraestructura del barrio, entonces, no priorizan mucho los problemas de salud (Trabajadora Social).

El paciente no valora la salud, no valora el carnét, piensa que porque le damos de forma gratuita puede perderlo (Auxiliar de enfermería).

Para el personal de salud, una de las causas que provoca aumento de los índices morbimortalidad en la población es consecuencia de no priorizar la salud sobre los otros aspectos de su vida cotidiana. Existe generalmente por parte de los profesionales de la salud una culpabilización al paciente por los fracasos en el cuidado de la salud.

Otra problemática con la que se enfrentan los sanitarios en su relación con la comunidad es la crisis económica que está atravesando el país. La falta de trabajo hace que mucha gente realice actividades de venta informal: helados, gelatinas o pequeñas cosas que pueden ser fabricadas en casa.

El hecho de que tanto el hombre como la mujer se ausenten del hogar para obtener el sustento diario hace que los niños permanezcan solos en muchas ocasiones, quedándose los niños mayores al cuidado de los más chicos; esta situación conlleva muchos accidentes domésticos. La situación económica afecta a varios aspectos de la salud, especialmente a la alimentación del grupo familiar, contribuyendo a la presencia de problemas de desnutrición, particularmente en niños y en ancianos.

También es reconocido el problema del idioma en la práctica sanitaria, ya que existe personal sanitario que no habla el quechua, lo que dificulta la relación con el paciente:

Si bien algunos hablamos quechua, hay barreras para poder-nos comunicar bien (Enfermera).

Muchos médicos no saben hablar quechua, y aquí vive mucha gente del campo que apenas sí hablan español, y eso también es una dificultad (Madre, 52 años).

Otro problema encontrado es la migración constante y la dificultad que ello supone para realizar un seguimiento a los pacientes. Como habíamos comentado anteriormente, Potosí es una ciudad que tiene un alto porcentaje de población que vive entre el campo y la ciudad, siendo ésta una de las dificultades con las que se encuentra el personal sanitario en su práctica diaria:

Otra dificultad es la población migrante, del campo a la ciudad, porque nuestra población siempre se está moviendo y para un seguimiento, pues, eso dificulta mucho (Enfermera).

A esto se suma la falta de urbanización en muchas zonas de Potosí:

En las zonas suburbanas no existe calle, no hay número y eso dificulta para realizar el seguimiento de los pacientes (Enfermera).

Tropezamos con problemas externos, la población es migrante, es población flotante en algunas áreas, existe un constante cambio de domicilio, interfiriendo esto en el trabajo de seguimiento (Trabajadora Social).

La religión aparece para algunos miembros del personal sanitario como una barrera en su relación con la comunidad.

Los evangelistas y otras sectas religiosas no aceptan algunas prestaciones de los servicios de salud, como por ejemplo las vacunas, las transfusiones de sangre, la hospitalización, inclusive. Notándose en ellos mucho conformismo, dicen: –si mi hijito está enfermo es porque Dios ha querido, y así no más tiene que ser– (Trabajadora Social).

En las diferentes áreas peri urbanas existen sectas religiosas que condicionan a la población, a la comunidad, a no asistir a los centros de salud; está prohibido para ellos hacerse transfusiones de sangre, recibir vacunas para prever enfermedades y muchos otros aspectos (Médico).

Otra de las dificultades que se mencionaron en los grupos focales con respecto a la relación con la comunidad son las “tradiciones” y “costumbres” de la población:

Ellos tienen creencias bien cerradas; entonces no se pueden mejorar. Por ejemplo la higiene, por ejemplo los niños que a veces se lastiman o tienen infección por chuparse los dedos con uñas grandes; ellos creen que si cortan las uñas de mayor será ladrón⁶ (Trabajadora Social).

El “machismo” aparece como otra de las dificultades para la práctica de los profesionales de la salud:

Hay gente que rehuye la atención... el machismo en nuestra ciudad... la mujer no es libre de acudir a un servicio sin consultar al esposo; y lo que el esposo dice, muchas veces, es ley para la mujer. Esa es una de nuestras debilidades (Responsable Popular de Salud).

Podemos englobar estos dos últimos aspectos dentro de la problemática de las barreras culturales con las que se encuentra el personal sanitario en su relación con la comunidad:

Ellos tienen sus culturas, también sus creencias arraigadas, sus mitos, de sus abuelas, suegras que dicen ellas nunca han hecho vacunar a sus niños y nunca se han enfermado. Ellas son jóvenes y hacen caso de lo que dicen la abuela, la suegra, y esto nos dificulta a nosotros el trabajo (Enfermera).

Nuestra mayor barrera cultural está siendo las religiones, sobre todo las evangélicas, que muchas veces salimos a vacunar y no nos dejan vacunar a los niños. También el machismo es otra barrera cultural que tenemos, que existe todavía, el problema es

⁶ En la cultura quechua no se corta el cabello ni las uñas hasta que el niño habla, se considera que sino el niño tendrá dificultades para expresarse. Las uñas se soplan durante aproximadamente los dos años que necesita el niño para comenzar hablar. Esta práctica es común encontrarla no sólo en el campo sino también en la ciudad.

el siguiente: la mamá está convencida de que debemos vacunar a sus hijos, y el marido es el que no quiere que se vacune; la barrera es el papá, se opone, y si la mujer los hace vacunar a escondidas entonces tienen pelea (Auxiliar de enfermería).

También están las creencias culturales en la medicina, los yatis, los curanderos, los adivinos, que se interponen también en nuestra labor. Hay gente que piensa que mediante la coca, la adivinanza, naipes, cosas que utilizan, piensan que eso les va a sanar también a sus hijos (Auxiliar de enfermería).

Algunos miembros del personal sanitario consideran la recurrencia a las iglesias evangélicas y a la medicina tradicional como una cuestión de analfabetismo:

Todavía en algunas zonas del área rural hay sectas religiosas, vemos que aún hay curanderos, podemos ver que todavía hay mucho analfabetismo (Médico).

Había un niño en una casa totalmente desnutrido, entonces la cultura hace que acudan todavía a las hierbas o al hecho de que la abuelita le dijo que vaya a averiguar al curandero qué es lo que va a utilizar en la cura del niño, entonces esperan a que el niño se agrave y, si no acudíamos a su casa, se iba a morir el bebé; ellos ven agotado todo y recién acuden a lo del médico (Trabajadora Social).

Las madres consideran que existen dos problemáticas vinculadas a los centros de salud, una es el descuido médico y otra son las emergencias. Para ser atendidos de emergencia en el hospital necesitan una boleta de referencia de su centro de salud, sin concordar muchas veces el horario de los centros de salud con las emergencias de los pacientes:

Por ejemplo, se atiende de 9 a 12 h, y si un niño está a la una de la tarde enfermo, debe ser atendido, si no es en el centro de salud, porque está cerrado, en el hospital Bracamonte; pero cuando uno va de urgencia al hospital te dicen que si no llevas

una orden del médico del centro de salud no te atienden, aunque el niño esté muy mal no te atienden (Madre, 39 años).

Me estaban poniendo la inyección en el centro y me he quedado embarazada, en el Bracamonte me han dicho que no me la han puesto bien, sino no debería quedar embarazada de mi tercer hijo. Desde ese día no he vuelto al centro de salud (Madre, 27 años).

Podemos resumir las problemáticas en los siguientes puntos: problemas administrativos, económicos, de organización interna y de infraestructura. Existen toda una serie de dificultades organizativas de los centros de salud de atención primaria que imposibilitan una buena prevención y promoción de la salud, estando el trabajo fundamentalmente dirigido a la curación, entre otros motivos por la cantidad de población que abarca cada centro de salud. En la relación con el paciente y la comunidad existe un discurso del personal sanitario que enfatiza el factor cultural como uno de los grandes problemas que impiden mejorar la salud de la población. Los aspectos culturales son vividos como problemas, como barreras que dificultan y obstruyen el mejoramiento de las condiciones de salud.

El espacio hospitalario

En el municipio de Potosí funcionan dos hospitales de tercer nivel: el hospital Daniel Bracamonte y el hospital Obrero N° 3 de la Caja Nacional de Seguridad Social. Los hospitales de segundo nivel: COSSMIL y el hospital de la Concepción; el primero asegura a los militares; el segundo es privado, y en él suelen ser atendidos los mineros. Las mujeres embarazadas se atienden generalmente en la Clínica de Santa Teresa. Entre el hospital Obrero (La Caja) y el hospital Bracamonte, las madres prefieren ir al primero:

Las señoras prefieren ir a la Caja a tener ahí a sus bebés, tengo referencias así de muchas señoras que no quieren ir al hospital, uno porque dicen que manchan las sabanillas. Al final ponen su mantilla o sus polleras y ahí se recuestan en el

suelo, y son varias señoras. Entonces yo tengo que llevarlas a la Caja, y ahí tampoco no nos quieren recibir; entonces con una nota tengo que ir y recién nos hacen caso. Tenemos ese problema, lo saben todas mis colegas (Trabajadora Social).

En el relato de las madres, lo que éstas más priorizan y consideran que debería cambiar es la calidad de atención en los centros. Si bien hay quejas sobre la calidad de la atención primaria, es mucho mayor la insatisfacción de los usuarios del hospital Daniel Bracamonte. Las madres no culpabilizan tanto al sistema sanitario, como a los profesionales concretos de los que reciben mala atención.

El hospital Daniel Bracamonte recibe muchas quejas sobre la atención a los pacientes: de más de 50 mujeres con las que hemos conversado, solamente una dijo haber sido bien atendida. La mayoría de las denuncias a este hospital son por descuido médico: *muchas atenciones son hechas por estudiantes*, así como por maltrato a los pacientes, que no se atreven a hacer denuncias por miedo a no ser bien atendidos si necesitan en otro momento atención en el mismo lugar:

Tuve mi wawa en el hospital y tuvieron que hacerme cesarea, me cosió el practicante y cuando vino el médico le dijo que había cosido mal, entonces me descosió el médico y me volvió a coser para que el practicante lo viera, y hasta hoy estoy mal, no me han dejado bien. Y qué vas hacer en ese caso, sólo puedes callarte, sino otra vez vas y el médico igual no te atiende por haberte quejado (Madre, 23 años).

El mismo personal sanitario de los centros de atención primaria reconoce la mala atención que reciben las pacientes en el hospital:

No quieren ir al hospital porque son tratadas mal, y además son atendidas por los estudiantes (Enfermera).

Por este motivo, muchas veces los usuarios prefieren atenderse en clínicas privadas, a pesar de que los costos son muy elevados para la mayoría de la población:

Tenía el dedo que se me puso gordísimo. Fui a la Caja; me cortaron un poco para sacar todo lo que tenía, me limpiaron y me dijo la médica que tenía una infección y me dio unas pastillas. A los dos días tenía el dedo igual y volví a ir a la médica. Cuando fui me dijo que había que cortar el dedo, que ya no tenía solución; yo le dije que no y me fui a Sucre a hacerme atender con un médico privado. Este médico me dio una cremita, y me dijo que no hacía falta cortar el dedo, y en una semana mi dedo estaba bien. Se imagina si le hubiera hecho caso a la médica. Aquí en Potosí por nada te cortan. Si podemos vamos siempre a Sucre; aquí los médicos son muy malos (Madre, 50 años).

Hemos comprobado que muchos pacientes que viven en Potosí se atienden en la medicina privada en la ciudad de Sucre:

Hubo un caso en el hospital Daniel Bracamonte de un niño que entró con un brazo roto y se lo tuvieron que cortar porque lo enyesaron mal. Al pobre niño no le dejaron ni el muñón. Hubo denuncias de este caso, porque ni a los padres les avisaron que le iban a cortar. Después hubo un caso de una mujer que la dejaron morir en emergencias, se desangró y nadie la atendió (Madre, 49 años).

Percepción sobre el saber tradicional desde la biomedicina

Finalizamos el capítulo anterior con la enfermedad de la diarrea, donde veíamos que es una causa frecuente de muerte infantil que los terapeutas tradicionales asocian al susto. A continuación transcribiremos una narración de un médico sobre la enfermedad del susto, donde podremos ver de qué manera son reconocidas ciertas patologías populares por algunos miembros del personal de salud, y hasta qué punto la cultura quechua forma parte de los profesionales de la salud, aunque dentro de los ámbitos médicos institucionales ellos lo oculten:

Un día mi hijo el mediano se enfermó, dejó de comer, estaba con temperatura, vómitos, diarrea. Le hicimos poner antibióticos, de todo, y nada, el niño seguía igual, no había manera de que mejorara. Mi cuñado me dijo: anda a ver a un curandero que es bueno, que está en la calle, ahí abajo, y es muy bueno y que te tire las hojas de coca. Y bueno, pues, fuimos con mi mujer, y el curandero dijo que el niño estaba muy enfermo, que podía morir, que ya estaba muy debilitado, y que esa misma noche vendría a la casa para tratarlo. Yo no creía en eso, pero quien le iba a decir que no. Bueno, vino; me pidió un braserito y durante toda la noche estuvo trabajando al lado del niño. Durante 24 horas nos pidió que no saliéramos de la casa y que no le diera la luz al niño. En la tarde el niño vomito, hizo caquita bien verde y después de eso se puso a jugar. Ese mismo día en la noche ya estaba curado. Hay cosas que la medicina no puede explicar, pero esto es cierto, le pasó a uno de mis hijos (Médico).

Un auxiliar de enfermería hacía el siguiente comentario con respecto a la enfermedad del susto:

La mamá sabe que su niño está asustado, ¿no? Y el niño tiene fiebre y nosotros le damos para que baje la fiebre paracetamol o algún inyectable, y yo le digo que lo llevé que le haga llamar su animito. Lo llaman con su campanita, ellos ya saben (Auxiliar de enfermería zona rural).

En numerosas ocasiones, el personal sanitario asocia las causas de muerte que se encuentran en la ciudad al uso de la medicina tradicional y al poder de los terapeutas tradicionales para la utilización de ciertas terapias que no favorecen a la población:

Las prácticas desarrolladas por la medicina tradicional a veces tienen contraposición con lo que es la medicina occidental. Otra muerte ha ocurrido el año pasado en Sagrada familia, porque el curandero le dijo a la mujer que no saliera para nada de la casa, que no le diera el aire, y tenía retención

de placenta, entonces la paciente por hacerle caso al curandero que le dijo de no salir, no quiso ir al centro o al hospital, y de hemorragia ha fallecido la mujer en su casa. El esposo decía, nos ha dicho que se va a sanar nomás mi esposa, pero que no la saquemos ni a la puerta, entonces hay algunas prácticas que representan un problema para la medicina occidental (Trabajadora Social).

Una vez en mi internado pude evidenciar en un niño que había sufrido una caída a la cual también le había aplicado hierbas y no sé que productos más, los cuales habían quemado los diferentes tejidos, yendo desde la piel hasta el hueso. Y bueno, este tipo de prácticas pienso que hay que saber orientarlas ¿no es cierto?, saber entender, pero saber orientar cuándo es permisible este aspecto y cuándo no (Médico).

Cuando hay problemas las mamás más creen en los médicos tradicionales; sobre todo en el campo, buscan ellas, ya conocen donde ir (Médico).

Uno de los criterios que posee el personal de salud sobre la utilización de la medicina tradicional es el hecho de que el costo de la consulta es mayor en la medicina tradicional que en la biomédica:

En la medicina tradicional gastan más, porque ahí pagan un cordero, pagan más, y ahí no dicen no tengo, como cuando vienen al consultorio; al curandero hay que pagarle, aunque sea en especies, son montos más grandes de lo que se paga en el consultorio (Trabajadora Social).

En cuanto al conocimiento que posee el personal sanitario sobre los saberes populares, en el grupo focal de enfermeras comentaban lo siguiente:

Por ejemplo, en caso de diarrea, nosotros damos la educación para dar, digamos, el suero de rehidratación oral; pero muchas mamás le dan lo que es el agua de arroz, la canela, cáscara de granada y demás cosas, pero les están dando lo importan-

te, líquido. Sin embargo, se les puede dar lo que es el suero de rehidratación oral, entonces hay que respetar las creencias y costumbres que tienen ellos, para que el paciente se cure en caso de diarrea.

Hemos observado que los auxiliares de enfermería son los que poseen un conocimiento más amplio de los saberes populares, ya que son los que más cercanos se encuentran a la comunidad:

Según ellos, cuando un niño está desnutrido, flaquito, panzoncito, o sea desnutrido clínicamente, creen que está orejado, y el niño sin embargo está con una desnutrición severa. El orejado para ellos es aquella persona que ha ido, cuando estaba embarazada o cuando estaba lactando el bebé, ha ido al cementerio o ha ido a un velorio, entonces ahí le han orejado. Cuando hay una persona muerta, el mal olor le entra, entonces creen que es eso. Son sus creencias (Auxiliar de enfermería).

Las auxiliares de enfermería interpretan médicamente algunas patologías populares:

Le ha agarrado la tierra, la Pachamama, dicen, nosotros lo llamamos zarcoptosis, pero la mamá dice que es la tierra; en quechua dice: wawayta jallpày kapuasca; pero la enfermedad es de la suciedad, son granos que tienen pus, es zarcoptosis, pero la mamá dice que es tierra (Auxiliar de enfermería).

Veamos algunos recorridos terapéuticos narrados por el personal sanitario sobre la manera en que las madres seleccionan los recursos sanitarios:

Un niño de un año y once meses. La mamá ya vino tres veces, creo, le dijimos que su hijito debe tener tuberculosis, porque ya clarito es la cara ¿no es cierto? La mamá dice que le han dicho que está orejado, ya le ha llevado al campo para que le curen y todo lo demás. Le dijimos: a tu hijito vas hacer sanar, y si no sana, lo vas a traer. Le hemos iniciado el tratamiento, le hemos hecho todo, rayos x y todo al niño. Ha salido positi-

vo, hemos hecho el tratamiento y ya con un mes el niño ha recuperado. Ahora ya está para acabar el tratamiento; el chiquito no caminaba y ahora ya está caminando. Lo que hace falta es más educación a la mamá, porque así se mueren las wawas (Auxiliar de enfermería).

Las alternativas sanitarias que tiene la población para tratar sus enfermedades/padecimientos son entendidas por el personal sanitario de diferente manera si se trata de zonas de la ciudad donde existe mayoritariamente población proveniente del campo o de la ciudad:

Dentro de la cultura nuestra, ellos primero acuden a un yati-ri, un jampiri, cuando no ha resultado la medicina tradicional. Si nota que está más mal o no está dando resultado, ahí recién acuden a nosotros, pero primero acuden donde ellos, eso es por la cultura misma de ellos, ir al curandero. Nosotros mismos tenemos conocimientos de hierbas que nos hacen bien, por ejemplo para un dolor de estómago, para la fiebre. Entonces nosotros nos tomamos un mate y con eso nos calma el dolor de estómago. Ellos acuden al puesto en la necesidad de calmar el dolor (Auxiliar de enfermería zona rural).

En algunas zonas de la zona urbana el comentario es el inverso:

La mayoría de esta zona viene aquí primero y entonces los felicitamos, le decimos qué bien, aunque sea por un simple resfrío. Muy poca gente primero va al curandero y después viene aquí, esa gente que primero va al curandero es la gente que viene del área rural a vivir aquí a Potosí, ellos son porque su cultura están manejando (Enfermera).

La mayoría del personal sanitario se autoexcluye de la “cultura quechua”. La “cultura” es de los otros, “las creencias y costumbres” son siempre de los “otros”. En el discurso del personal sanitario, su identidad queda separada de la de sus pacientes. El rol identitario que concede el ámbito de la ciudad a los sujetos sociales marca una diferencia entre campo/ciudad que no pasa en exclusiva por conseguir mejores condiciones de vida, sino que esas mejores

condiciones de vida crean diferencias sociales que son vividas por el personal sanitario como ruptura identitaria de la cultura a la que pertenecen.

Una mirada al modelo médico hegemónico

A lo largo del capítulo hemos visto que los representantes del modelo médico hegemónico enfatizan los aspectos culturales como los que provocan “los riesgos” sobre la salud quechua, considerando estos riesgos como internos a la cultura. También reconocen los aspectos socioeconómicos y consideran que las diferentes condiciones de vida influyen en la aparición de las diferentes patologías. Para el personal sanitario, la causa del fracaso de los programas de educación está en la propia cultura: “*son sus creencias*”. El desentendimiento entre los dos mundos es fundamentalmente un desentendimiento cultural. Una de las problemáticas reconocidas por el personal de salud que atañen a la salud de la ciudad de Potosí se debe a las condiciones de trabajo, la alimentación y el hábitat. El personal de salud en general señala enfoques multicausales que incluyen aspectos sociales y culturales en el análisis de los problemas de salud.

Los saberes populares aparecen como “desconocimiento” para conseguir una buena salud. Las estrategias de prevención y resolución de problemas que se proponen desde la biomedicina suelen estar centradas en el individuo y no en el sujeto colectivo. El hecho de no partir de los saberes que los quechuas construyen, a partir de su propia experiencia, y hacer de su “desconocimiento de los riesgos” el eje de la práctica, conduce a proponer acciones verticales de prevención, donde el problema queda planteado en términos de responsabilidad moral o de desconocimiento de los actores (Grimberg 1997). Las prácticas tradicionales —entendidas como creencias— aparecen inculpas por el personal sanitario como aquellas que imposibilitan mejorar la salud.

En las representaciones del personal sanitario de Potosí se observan coincidencias sobre la necesidad de cambiar los comportamientos en torno a la salud/enfermedad de los quechuas y la importancia de la educación para la salud como la única manera de mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de esta población. Los aspectos económico-políticos que refieren a la situación de marginalidad de esta población son reconocidos por los médicos y el personal sanitario. Sin embargo, los representantes de la biomedicina suelen

minimizar la significación de los aspectos económico-políticos, al poner el énfasis en la significación cultural. Esto significa que, en muchos casos, los representantes de la biomedicina reducen al actor quechua lo que consideran las “*negligencias*” del cuidado individual y colectivo de la comunidad.

El personal sanitario considera que el saber popular aparece como “desconocimiento” o como “ignorancia” para obtener una “buena salud”, sin tener en cuenta que el saber popular no está compuesto sólo de creencias, sino también de significados íntimamente unidos a las prácticas del saber. Aparece entonces lo que podríamos llamar la “culpabilización cultural” –vale decir, tener malos “*hábitos alimentarios*”, todo lo asociado a “*la cultura minera*”, etcétera–, que es considerado como algo intrínseco al sujeto quechua: “*forma parte de su cultura*”. Al mismo tiempo se ha incorporado un saber médico entre los quechuas (activo por parte del sujeto), a través de las numerosas patologías que poseen a edad temprana, normalizando lo patológico como parte de su vida cotidiana (diarreas, resfríos, etcétera).

El modelo médico hegemónico plantea la integración como algo necesario para mejorar la salud, incentivando el abandono de determinantes culturales (como la creencia en el orejo, por ejemplo), que se consideran perjudiciales para la salud del grupo étnico quechua. En la relación personal sanitario/paciente los impedimentos vuelven a aparecer en términos “culturales” como problemática, en una relación en la que se muestran los dos mundos enfrentados (el mundo mestizo y el quechua), y en ella se presentan la identidad y la clase social como aspectos fundamentales de la relación. En definitiva, lo que podemos evidenciar en las relaciones médico/quechua son las expresiones de poder marcadas en el vínculo hegemonía/subalternidad.

Consideraciones finales

En las páginas precedentes hemos ofrecido una aproximación sobre la compleja realidad en la cual se articulan los recursos sanitarios y las prácticas de atención en la ciudad de Potosí y su entorno. Una de las primeras reflexiones es la falta de una visión global para que los sistemas de salud puedan ser articulados eficazmente. Aunque existe actualmente una revalorización de la medicina tradicional por parte de algunos sectores biomédicos, siguen sin ser reconocidos tanto el sistema de autoatención —que consideramos el más importante en Potosí—, como el religioso, que cada vez posee mayor influencia en diferentes aspectos sanitarios, espirituales y psicosociales de la población. El hecho de que la biomedicina y la medicina tradicional se consideren como los únicos recursos sanitarios a los que accede la población no sólo produce errores conceptuales sino también operativos a la hora de aplicar programas de salud.

Problemas estructurales: identidad y religión

Existen toda una serie de problemas estructurales que afectan a las condiciones de salud/enfermedad/atención de la población potosina, entre los cuales la pobreza, la marginalidad, las condiciones demográficas y económicas y el

permanente proceso migratorio rural/urbano se presentan como los más sobresalientes. Los aspectos macrosociales –tanto los económicos, los políticos como los ideológicos– repercuten en las condiciones cotidianas de la población de Potosí. El alto índice de desempleo ha hecho aumentar la economía informal, y esto ha provocado un descenso económico en el ingreso familiar, situaciones que repercuten en la salud de la población. Como se ha demostrado a través de numerosas investigaciones, existe una relación directa entre inequidad y salud. Los “pobres” de distintas sociedades pueden presentar enfermedades diferentes, pero siempre son comunes tasas más altas de mortalidad infantil y menor expectativa de vida (Doz et al 1996).

Otro factor importante que condiciona la situación de la población potosina –con respecto al acceso a los recursos de salud– es la identidad, que suele poner a los habitantes de origen quechua en una situación de alteridad. La identidad se presenta como decisiva en los comportamientos, creaciones o resignificaciones que las madres dan a los significados en torno a la salud/enfermedad. A través de la pertenencia al grupo étnico quechua las madres construyen, conservan, incorporan o descartan ciertas prácticas y representaciones de los diferentes saberes médicos. Esta pertenencia al grupo está influenciada a su vez por condicionantes sociopolíticos que impulsa el Estado boliviano.

Un ejemplo claro de la importancia que tiene la pertenencia étnica en la aplicación de los mecanismos sanitarios se observan en el hecho de que el personal sanitario percibe a la cultura popular como portadora de elementos que impiden los cambios necesarios para mejorar la salud. En esta visión de la otredad se culpabiliza a la cultura y al sujeto quechua, como parte de ella, por no aprender los hábitos que desde los servicios médicos se intenta imponer. Aunque en realidad forma parte de la misma cultura a la que considera “ignorante”, el personal sanitario intenta diferenciarse del *Otro* sobre la base de un discurso hegemónico y evidentemente ajeno.

La religión también actúa como un factor que dinamiza los procesos de salud/enfermedad/atención, ya sea a través de la religiosidad andina o de la iglesia evangélica, debido a que las madres quechuas estructuran la clasificación de las enfermedades y la manera de diagnosticar y atender la enfermedad según su pertenencia religiosa.

La totalidad de estos procesos debe ser enmarcada dentro de una dinámica de asentamiento relativamente reciente por parte de la población de bajos recursos de Potosí, marcada por el cambio de los oficios tradicionales (como el trabajo en el campo) hacia nuevas profesiones laborales (el trabajo en la

mina en el caso de los hombres, o el comercio callejero, lavado de ropa o empleo doméstico, en las mujeres).

En términos económico-productivos se observa una situación estancada de desempleo, y un ingreso económico que está en o por debajo de la línea de la pobreza. Estas modificaciones en la esfera socioeconómica han favorecido una creciente toma de contacto de la población quechua con los servicios biomédicos, no sólo debido al asentamiento en las ciudades y a la gratuidad de algunos servicios y medicamentos de los que son beneficiarios, sino también por la puesta en marcha de programas de atención primaria que han contribuido a la adopción de pautas e incorporación de significados de la biomedicina (vacunación o planificación familiar, por ejemplo). Todos estos aspectos son sintetizados y mezclados permanentemente –tanto en las prácticas como en las representaciones– sobre los diferentes saberes médicos que incorporan las madres quechuas.

La importancia de los modelos médicos

No se trata aquí de revisar los “modelos explicativos” de Arthur Kleinman¹, que se relacionan con un episodio de enfermedad y los tratamientos empleados por los individuos frente a determinados episodios de enfermedad como base de un modelo colectivo predominante en cierto grupo social, sino de la interacción de diferentes formas de atención a la enfermedad que constituyen verdaderos modelos donde confluyen procesos sociales, económicos, políticos y culturales.

En este sentido, los modelos médicos propuestos por Eduardo Menéndez² –Hegemónico, Alternativo Subordinado y de Autoatención– nos han ayudado a analizar, en primera instancia, las diferentes formas de atención a los padecimientos y su articulación en este contexto social. En la población quechua de Potosí, tales mecanismos en apariencia contrapuestos transaccionan permanentemente, influidos a su vez por determinadas situaciones sociopolíticas y, por el sustrato sociocultural del que forman parte los habitantes del campo y la ciudad.

¹ Kleinman, A. *Patines and Healers in the context of Culture*. University of California Press, Berkley, 1980.

² Menéndez, E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México, 1990; y *Morir de alcohol*. Alianza editorial. México, 1990.

El primero de estos modelos, que aparece como dominante, es el biomedico, y son sus agentes diferentes actores sociales –médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y farmacéuticos– cuyas representaciones convergen en un discurso único que entiende a los pacientes quechuas como “diferentes” de la cultura occidental. En el modelo médico hegemónico la otredad se manifiesta de múltiples maneras, no sólo en la relación médico/paciente, farmacéutico/cliente o enfermero/paciente, sino también en el modo en que se evidencian las relaciones de hegemonía/subalternidad con respecto a otras formas de atención sanitaria.

Los otros dos modelos –el Alternativo Subordinado y el de Autoatención–, aunque subordinados a la hegemonía del modelo biomédico por pertenecer a sectores subalternos, resultan ser más propios del universo sociosanitario quechua, si bien los mecanismos y conocimientos de ambos no suelen ser reconocidos por el sistema hegemónico. En el primero se encuentran los terapeutas tradicionales y los pastores evangélicos, que representan a la medicina tradicional y a la medicina de base religiosa. Esta última aparece como una nueva manera de atender la enfermedad en el espacio social de la población quechua de Potosí.

Aunque ambos sistemas enfatizan la prevención de la salud en términos biomédicos, la medicina de base religiosa aparece subordinada al modelo médico hegemónico dentro de la sociedad mayoritaria, pero al mismo tiempo intenta mantener su propio discurso, ya que la decisión última – inclusive la que corresponde a la práctica de los médicos– está guiada por el “*poder divino*”. La biomedicina y la medicina de base religiosa se oponen tanto a la medicina tradicional como a los mecanismos de autoatención, por considerar que representan prácticas que deben ser dejadas de lado.

Las transacciones que se establecen entre la terapéutica de base religiosa y la biomedicina se expresan principalmente en la categoría de integración, ya que ambos sostienen la integración a la sociedad mayoritaria como condición para obtener una mejora en la salud del colectivo, pero a cambio del abandono de lo “*tradicional*”, al sugerir que “*las creencias han de ser transformadas*”. Tanto la biomedicina como la iglesia evangélica proponen la modificación de los modos de comportamiento de los sujetos y, a nivel grupal, el cambio de ciertas pautas culturales que “*entorpecen*” el mejoramiento de la salud, ya sea en términos biomédicos (con eje en lo corporal) o religiosos (con eje en lo espiritual).

Por su parte, el sistema biomédico no resuelve los problemas de orden psicosocial, como son el alcoholismo, el suicidio o la violencia doméstica.

Los nuevos problemas de salud emergentes en la ciudad de Potosí demuestran las dificultades de la biomedicina para dar respuesta a estas problemáticas, posiblemente debido a la estructuralidad y biologicismo que caracterizan al sistema. Es esta falta de respuestas concretas lo que lleva a la población a recurrir a otros sistemas de atención a la salud.

La lógica de los itinerarios terapéuticos

Sobre la lógica interna de los itinerarios terapéuticos que realizan las mujeres quechuas, nuestra investigación las rescata como conocedoras, cuidadoras y curadoras, al mismo tiempo que las considera sujetos sociales capaces de resignificar, readaptar, sintetizar, articular y rechazar los distintos saberes médicos a través de sus representaciones y prácticas. Los saberes maternos constituyen el principal eje de articulación entre los diferentes conocimientos referidos al proceso de salud/enfermedad/atención, aunque en el caso concreto de la población potosina las mujeres estén siempre respaldadas por la figura masculina.

A pesar de los cambios que la biomedicina ha provocado en las prácticas de atención a la salud de las madres potosinas, los índices de morbilidad de la ciudad no parecen haber sufrido grandes cambios. El sistema de autoatención ha incorporado ciertas pautas erróneas de educación sanitaria; por ejemplo, el hecho de existir un mayor consumo de los medicamentos de patente –como ocurre con los antibióticos– no garantiza una buena administración del tratamiento.

En cuanto a la eficacia curativa, ésta depende del tipo de padecimiento. De todos modos, las madres consideran a la biomedicina como la que posee mayor eficacia curativa en aquellas enfermedades consideradas “*de los médicos*”, pero consideran que en las patologías populares la mayor eficacia curativa la tiene el terapeuta tradicional o el propio sistema de autoatención. Las mujeres evangélicas, por su parte, reconocen que la eficacia curativa se encuentra en el sistema médico religioso (por medio del poder de la oración o del pastor) y en el de autoatención, y en último lugar en la terapéutica oficial. La síntesis de saberes observada en las madres se encuentra presente en todos los padecimientos que hemos analizado, y se expresa en la estructura de autoatención que aparece como el principal recurso de atención utilizado. En las madres quechuas, el tratamiento de los padecimientos es influido funda-

mentalmente por la religión, que sintetiza algunas de las pautas tradicionales que son reabsorbidas y resignificadas a través de la iglesia evangélica.

De todos modos, los saberes que las madres tienen sobre los padecimientos se traducen en elecciones que están condicionadas por los aspectos estructurales: económicos, políticos y culturales, así como por la incidencia de los nuevos movimientos religiosos, las políticas sociosanitarias del Estado boliviano y la influencia de la biomedicina. Dichos saberes dan lugar a prácticas que son formalizadas en el espacio doméstico, en las cuales la función del terapeuta es reemplazada por las madres sobre la base de su conocimiento de las etiologías populares y la reinterpretación de las etiologías médicas.

Pluralismo médico en la ciudad de Potosí

En la ciudad de Potosí existe un pluralismo médico por medio del cual los habitantes articulan –en algunos casos con contradicciones y conflictos– la totalidad de los recursos de que disponen para la salud. Al dejar el aislamiento de la vida rural, la llegada a la ciudad facilita el acceso de la población quechua a los diferentes sistemas médicos. La migración campo/ciudad repercute en el ámbito de la salud en una pérdida de “identidad sanitaria” y en la creación de una nueva, donde cambian los terapeutas tradicionales de referencia, así como los médicos, los pastores evangélicos y sus redes sociales. Aparecen entonces los servicios biomédicos (farmacias, médicos, puestos de salud, hospitales, etcétera), más accesibles de lo que eran en el área rural, y disponen de una mayor variedad de terapeutas tradicionales y de iglesias evangélicas.

Resulta claro que los servicios de salud deben asumir la realidad del pluralismo asistencial que interactúa en Potosí –nos referimos a la existencia de múltiples concepciones vigentes de salud/enfermedad–, ya que este reconocimiento es necesario para la atención en los servicios. Del mismo modo, los programas sanitarios deben adoptar criterios de inclusión reconociendo a los actores involucrados en la salud, creando sistemas de referencia y contrareferencia en aquellos aspectos referidos a la asistencia sanitaria. No es posible hablar de participación social y promover discursos o planificaciones integrales si se oculta la realidad de la diversidad de los sistemas y no se reconoce la diversidad de los agentes sanitarios locales.

Si bien se observa que el personal sanitario tiene una cierta conciencia del pluralismo médico, constantemente se observan problemáticas de calidad y aceptación de los diversos sistemas. No todos los recursos sanitarios están representados a la hora de encarar programas de salud, ni son tenidos en cuenta los representantes de cada uno de los diferentes sistemas médicos para lograr que los programas sean más efectivos. Existen ciertos aspectos que no son considerados por el sector de salud, como las patologías populares o aquellas que abarcan el aspecto espiritual y psicosocial, característico de numerosas patologías locales.

La falta de control de alimentos y fármacos

Por otro lado, la falta de control de alimentos y de comercialización de medicinas ocasiona un cierto aumento en los índices de morbilidad y mortalidad. En Potosí, los alimentos se venden en mal estado, sin ningún tipo de control, desde productos enlatados, pan y otros productos con fecha de caducidad vencida a productos lácteos que no son conservados en frío.

En un diagnóstico de salud que realizó la Cooperación Italiana en el año 2001 se hacía referencia a las malas condiciones higiénicas de los mataderos de la ciudad y a la falta de control de las hortalizas, que en muchas ocasiones son regadas con agua proveniente de desechos de las minas. La mala calidad en la alimentación y la falta de agua potable en la ciudad³ son algunas de las causas de los problemas sanitarios que allí se observan.

En lo concerniente a los medicamentos de patente que se venden en las farmacias, muchas veces éstos son expendidos por unidades, por lo que no se puede controlar la fecha de caducidad. Este tipo de comercialización, sumado al desconocimiento sobre la eficacia terapéutica de determinados productos, lleva a que muchas veces se compren antibióticos sueltos (una o dos pastillas) que dan lugar a un tratamiento incompleto. Cuando sobran medicamentos en las casas, éstos se consumen sin saber si los mismos están vencidos, a lo que se agrega que se venden sin prospecto, impidiendo a los consumidores conocer los efectos secundarios o las contraindicaciones, ya que a pesar del elevado analfabetismo, en casi todos los hogares existe algún

³ Hervir el agua en los hogares implica un gasto de gas que muchos grupos domésticos no pueden permitirse, por ello el agua es tomada en muchas ocasiones directamente del grifo.

miembro de la familia con conocimientos suficientes para leer y entender un prospecto médico. Las políticas referidas al consumo y administración de fármacos deben ser necesariamente replanteadas⁴. Es necesario utilizar la receta médica para la compra de los medicamentos, la obligatoriedad de la fecha de caducidad y el prospecto en los mismos, así como leyes que prohíban la venta de antibióticos sueltos.

La necesidad de una adecuada educación sanitaria

Uno de los recursos más importantes para producir cambios efectivos en la realidad local es la educación para la salud. En Potosí, la educación sanitaria está encarada exclusivamente desde el sistema biomédico, sin incorporar ni considerar la existencia, eficacia y significado que la población concede a los otros sistemas médicos subalternos, que deberían tenerse en cuenta en los programas de intervención.

A pesar de tratarse de una ciudad con una fuerte presencia de servicios de salud del área biomédica, tanto públicos como privados —centros de atención primaria, hospitales y clínicas—, éstos no son los más utilizados por la población. Tal circunstancia debiera imponer una seria reflexión por parte de los equipos de salud sobre la necesidad de mejorar la relación personal sanitario/paciente y la calidad de atención, adecuándolas a la realidad local, lo que al mismo tiempo supone la aceptación de la cultura del *Otro*. En este sentido, la concepción de salud/enfermedad desde la perspectiva de la cultura quechua no debe ser entendida como “desconocimiento”, sino como una racionalidad diferente que abarca ámbitos donde la medicina oficial no puede llegar.

Los programas de educación sanitaria tampoco suelen articular los conocimientos con las prácticas locales, y es frecuente observar el fracaso de muchos de estos programas de salud encarados desde la medicina hegemónica, pues no se adecuan a la realidad sociocultural. Todos estos aspectos llevan a reconocer la necesidad de articular metodologías participativas, no sólo destinadas a los operadores de la salud sino para la interacción con la población quechua potosina, lo que requiere del diseño de estrategias educativas adaptadas

⁴ No existe ninguna investigación hecha sobre la intoxicación en los hogares por medicamentos de patente mal administrados o consumidos en mal estado.

a las necesidades de los habitantes de la ciudad. Si la educación sanitaria pretende modificar ciertas prácticas de la población, éstas deben ser conocidas a través de investigaciones serias y sistemáticas que den cuenta del pluralismo asistencial y de la articulación de las prácticas y los sistemas médicos como una hibridación cultural que, como es el caso de Potosí, cada vez más se diversifica e intensifica en espacios urbanos “ruralizados”.

Un aspecto a tener en cuenta a la hora de capacitar a los equipos de salud es la calidad de atención, entendida como una problemática que se establece en la relación personal sanitario/paciente, y a la que los responsables del sector salud deberían dar respuesta. Hace falta humanizar la asistencia, manteniendo un contacto fluido con los pacientes, ampliando la información que se les da, destinando mejores tiempos de atención y solucionando otros aspectos de relación humana cuya ausencia, en muchos casos, produce que los enfermos interrumpan sus tratamientos o dejen de asistir a los centros de salud para recurrir a otras terapéuticas.

Algunas propuestas de intervención en las estrategias sanitarias

Uno de los objetivos de esta investigación es contribuir con nuevas propuestas al diseño de políticas sanitarias locales destinadas a mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de la población de Potosí, así como el planteamiento de intervenciones concretas de cambio en los centros de atención primaria.

Nuestra propuesta de cambio en los centros de atención primaria surge de la información recogida a lo largo de las entrevistas y de la observación que se desarrolló en los centros de salud con el personal sanitario, con las madres, los terapeutas tradicionales, los pastores evangélicos y los farmacéuticos. Esto ha permitido detectar que en el sistema biomédico local existen diversos problemas referidos a la organización interna de los centros de atención primaria y en la relación paciente-comunidad/personal sanitario.

En cuanto al funcionamiento interno, ciertas actividades como los cursos de formación o las reuniones que convocan las autoridades sanitarias (Comités de Análisis de Información, etc.) perturban los horarios de atención a los pacientes, ya que mientras estos se desarrollan, los centros de salud quedan a

cargo —a menudo— sólo de los auxiliares de enfermería. En ocasiones los centros permanecen cerrados, ya sea por motivo de cursos, reuniones, huelgas o vacaciones. Todas estas actividades deberían llevarse a cabo fuera de los horarios de trabajo.

También se vulnera el derecho de los pacientes de enterarse previamente sobre dichas situaciones, ya que no se les informa con anticipación —ni siquiera por medio de carteles— sobre los días en los que no habrá atención médica en el centro, las ausencias de la enfermera o de la trabajadora social o el cierre temporal del centro de salud. También se deberían planificar racionalmente las vacaciones del personal, recurriendo siempre a sustitutos.

Aunque cada centro tiene a su cargo entre 9.000 y 13.000 habitantes, en muchas ocasiones son atendidos sólo por dos personas, y su función se reduce exclusivamente a hacer curaciones. Es necesario un aumento de ítems en los centros para que los esfuerzos en prevención y promoción de la salud lleguen a buen término.

Existen algunos centros que cuentan con una infraestructura inadecuada. No ofrecen ningún tipo de intimidad (por ejemplo: en el caso de tener que hablar de alguna problemática con la trabajadora social, las conversaciones quedan en muchas ocasiones a la escucha de todos), ni lugar para que puedan sentarse los pacientes. Algunos centros no poseen agua, y en otros no hay teléfono disponible.

Otra de las problemáticas a considerar en lo que concierne a la organización de los centros de atención primaria son los estudiantes⁵. La presencia de los estudiantes suele entorpecer el trabajo de los profesionales, sobre todo en aquellos centros donde el espacio es muy reducido. Por otra parte, las madres están cansadas de recibir diariamente en los barrios a estudiantes haciendo preguntas diversas que no aportan a la comunidad ni a la planificación sanitaria, ya que parten de un diseño metodológico inadecuado. Los estudiantes de los primeros años de enfermería y medicina no deberían salir a terreno. La universidad tiene la obligación de crear alternativas de formación dentro de las aulas. Sólo se debería permitir la salida a la comunidad o a los centros en el último año de la carrera universitaria.

Los centros de salud deberían ofrecer sus servicios en forma gratuita para todos los pacientes, no sólo para los programas del SUMI y la tuberculosis sino también para la población masculina, teniendo en cuenta que en la ciudad de

⁵ Los estudiantes también son un problema en los hospitales, donde en muchas ocasiones atienden sin supervisión profesional.

Potosí la esperanza de vida es menor en los hombres que en las mujeres. La atención, debería ser asumida en su totalidad por el Estado y prioritaria en una provincia donde los índices de morbilidad son tan deficientes.

En cuanto a la relación paciente/personal sanitario encontramos imprescindible el aprendizaje del idioma quechua por parte de los miembros de los equipos de salud, que por lo general lo desconocen, con los consiguientes problemas de comunicación, pues la mayoría de los pacientes son hablantes de dicha lengua.

Se hace necesario también realizar prevención y promoción de la salud ofreciendo a los equipos nuevas técnicas participativas y capacitándolos para ello. Para una mejor atención y participación de la comunidad se debería realizar una atención a la “salud de la familia” –la ficha del paciente se debería realizar dentro del registro familiar–, lo que implicaría otra manera de trabajar, dando importancia a la salud familiar y no solamente al paciente individual.

También debe tenerse en cuenta la necesidad de informatizar todos los centros de salud para poder hacer un seguimiento continuo de los pacientes. De este modo, y conectando en red a todos los centros de salud, se podrá disponer de la ficha médica de los grupos familiares y realizar el seguimiento de sus miembros en cualquier centro, ya sea de la zona urbana o rural.

Sería necesaria la creación de estrategias de educación sanitaria destinadas al personal de los centros de salud que contemple aspectos tan importantes como la calidad de atención, el pluralismo asistencial, la automedicación, el mejoramiento de la relación personal sanitario/paciente, la medicación y el seguimiento de los pacientes.

En cuanto a la mejora de las condiciones de salud de la población existen otros aspectos que sin duda contribuyen a que los índices de morbilidad en la ciudad de Potosí no mejoren, como son el problema del agua, la falta de control de alimentos y sobre todo de los medicamentos de patente.

Entre las propuestas para la realización de políticas sanitarias que contribuyan a la mejora de las situaciones de la salud en la ciudad de Potosí estimamos de fundamental importancia la aplicación de las siguientes medidas:

- 1) Políticas de control de los fármacos;
- 2) Políticas referidas al saneamiento de las aguas;
- 3) Políticas que involucren investigaciones en profundidad para la mejora de la intervención en educación sanitaria; y
- 4) Políticas de control de alimentos y de los mataderos de la ciudad.

Otro tema importante es la necesidad de contar con información epidemiológica válida y actualizada. La mayor parte de los proyectos y programas en salud elaborados tanto a nivel nacional como departamental están basados en datos epidemiológicos insuficientes y poco fiables. Hemos observado que existen graves errores de registro. Por ejemplo, las enfermedades cardio-respiratorias aparecen como la principal causa de muerte, pero en muchas oportunidades, cuando hay un fallecido y la causa es poco clara, los profesionales suelen registrar que se debe a un paro respiratorio o cardíaco. Resulta muy difícil la planificación de estrategias y el diseño de políticas sanitarias cuando las mismas se basan en datos epidemiológicos que están deficientemente contruidos. En otros casos, los programas están destinados solamente a una pequeña parte de la realidad sanitaria de la población, por ejemplo la salud materno-infantil, pero se dejan de lado el resto de las problemáticas que también afectan a la población.

Se debe estructurar un mecanismo que permita la obtención de registros homogéneos y coherentes, nacionales y regionales, que contemplen una serie de categorías que actualmente no se mencionan, como suicidios, homicidios, alcoholismo, muertes laborales y desnutrición –no sólo infantil sino también de ancianos–, incluyendo en la medida de lo posible las muertes ocasionadas por patologías populares.

Los programas sobre promoción y prevención de la salud deberían realizarse en base a investigaciones sólidas, que a su vez permitan la planificación de estrategias de intervención que aseguren el cambio en las prácticas sanitarias de la población. Para ello hacen falta investigaciones socioantropológicas, basadas en un mejor conocimiento de la articulación entre representaciones y prácticas sociales en torno a las problemáticas más relevantes. Un caso concreto sería el conocimiento de las prácticas y representaciones que los hombres tienen en torno a la salud, lo que permitiría encarar estrategias de educación para la salud en la población masculina. En Potosí, una parte importante de los partos son atendidos por los varones, y son ellos quienes deciden en muchas ocasiones si los niños han de ser vacunados, y cuándo y cómo las mujeres deben hacer planificación familiar. Las decisiones en torno a la salud que realizan las mujeres son generalmente consultadas y deben ser aprobadas por el hombre.

En cuanto a problemáticas concretas que necesitan de mayor investigación para obtener resultados en la intervención están el alcoholismo en la población general y problemas específicos de los adolescentes, que también incluye el alcoholismo, además del suicidio y los embarazos no deseados.

Con respecto a la educación sanitaria a través de los medios de comunicación resulta importante la difusión radial de programas con mensajes específicos. Si bien el televisor suele formar parte del mobiliario de la mayor parte de las viviendas, la radio sigue siendo el medio de comunicación más utilizado, y allí se debería generar un espacio activo para debates y propuestas educativas en salud. Otra propuesta adecuada para el contexto local sería la creación de telenovelas que incorporen problemáticas de salud pública, ya que este tipo de producto televisivo es consumido por la mayoría de las mujeres de Potosí. Esto obliga al diseño de nuevas estrategias de comunicación, ya que las que existen actualmente no son especialmente exitosas.

Un mejor conocimiento de las representaciones, las prácticas y los mecanismos de atención que interactúan en la población quechua de la ciudad permitirá detectar sus necesidades sanitarias y aplicar programas eficientes destinados a mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de la población. La articulación de los aspectos macro con los microsociales ayuda a comprender de qué manera repercuten en la salud de los habitantes de Potosí: los aspectos económicos, políticos e ideológicos, así como las problemáticas de identidad, pobreza y marginalidad.

Pero lo que resulta claro es que para la implementación de los programas integrales de salud se deberá tener en cuenta la totalidad de los actores sociales de la comunidad que representan los distintos sistemas médicos (terapeutas tradicionales, pastores evangélicos, Responsables Populares de Salud –como representantes del sistema biomédico– y las madres, que desempeñan un papel fundamental en la atención de la salud familiar), que forman parte del pluralismo asistencial que tiene lugar en la ciudad de Potosí.

Bibliografía

ALBÓ X., GODINEZ A., LIBERMANN K., PIFARRÉ F.

1987 *Para comprender las culturas rurales en Bolivia*. Ministerio de Educación y Cultura. CIPCA-UNICEF. La Paz.

ARACENA T.

1987 *Patología geográfica y antropología médica en Bolivia*. Editorial Serrano. Bolivia.

ATWOOD D. G. y HAHN R.

1985 "Among the Physicians: Encounter, Exchange and Transformation". En: *Physicians of western medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.

BARTOLOMÉ M.

1997 *Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. Instituto Nacional Indigenista, Siglo XXI Editores, México.

1989 *Indigenismo, dialéctica y conciencia crítica. Antropología e indigenismo en América latina*. Sao Paulo.

1988 *La dinámica social de los mayas de Yucatán: Pasado y presente de la situación colonial*. Instituto Nacional Indigenista, México.

- 1987 *Afirmación estatal y negación nacional. El caso de las minorías nacionales en América latina*. Suplemento Antropológico, Vol. XX, N.2, Universidad Católica del Paraguay, Asunción.
- 1979 “Las nacionalidades indígenas emergentes en México”. En: Barrabas A. y Bartolomé M. (comps.), *Las nacionalidades indígenas en México*. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Núm. 97.
- 1979 “Conciencia étnica y autogestión indígena”. En: *Indianidad y descolonización en América Latina: Documentos de la segunda reunión de Barbados*. Nueva Imagen, México.

BARTH P. (comp.)

- 1976 *Los grupos étnicos y sus fronteras*. FCE, México.

BENHABIB S.

- 2000 *Diversitat cultural, igualtat democràtica*. Tàndem edicions. Valencia.

BENOIST J.

- 1996 *Soigner au Pluriel. Essais sur le Pluralisme Médical*. Kartala. París.
- 1985 “Une Anthropologie Médicale pour les Anthropologues et pour les Medecins”. En: Bull, *Ethnomédecine*.

BENOIST J. y PICOT H.

- 1983 *Interaction of Social and Ecological Factors in the Epidemiology of Helminth Parasites*, Salut-Medicina Epidemiologia.

BERGER P. y LUCKMAN T.

- 1973 *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.

BLUMHAGEN D.W.

- 1980 “Hypertension: A folk Illness with a Medical Name”. En: *Culture, Medicine and Psychiatry* 4.

BORJA J. y CASTELL M.

- 1997 *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Taurus, Madrid.

BOURDIEU P.

1993 *La misère du monde*. Editions du Seuil, París.

BURGOS, M. O.

1995 *El ritual del parto en los andes. Aspectos socioculturales de la concepción del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona sur-andina del Perú*. Katholieke Universiteit/Derde Wereld centrum/Ontwikkelingsstudies, Nijmegen.

CANTÓN M.

2001 *La razón hechizada*. Ariel Antropología. Barcelona.

1998 *Bautizados en fuego. Protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala (1989-1993)*. Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica. Plumsock Mesoamerican Studies. Guatemala.

1996 *Protestantismo histórico, pentecostalismo y movimiento "aleluya". Aproximación socioantropológica al subcampo religioso protestante en la Granada urbana*. Memoria final, CIE "Angel Ganivet", Univ. Sevilla.

CASTELLÓN I.

1997 *Abril es tiempo de Kharisiris*. Serrano. La Paz.

CARDOSO DE OLIVEIRA R.

1976 *Identidade, etnia e estrutura social*. Sao Paulo, Biblioteca Pionera de Ciencias Sociais.

1992 *Etnicidad y Estructura social*. Colección M.O. Mendizábal. México: CIESAS.

CEPAL

2004 *Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Bolivia*. Informe, División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales N° 83, Santiago de Chile.

COHEN A. (comp.)

1974 *Urban Ethnicity*. Tavistock. Londres.

COMMAILLE J.

1997 *Les nouveaux enjeux de la question sociales*. Hachette, París.

COMAROFF J. y COMAROFF J.

1992 *Ethnography and the historical imagination*, Boulder, Westview.

CONRAD P. y SCHNEIDER

1992 *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Temple University Press. Philadelphia.

COSMINSKY S.

1986 "El Pluralismo Médico en Mesoamérica". En: Kendall C., *La herencia de la conquista. Treinta años después*. Fondo de Cultura Económica. México.

COSTA A.

2000 *Historia del Ministerio de Salud y Previsión Social*. FOCET. Prisa Ltda. La Paz.

COTARELO R.

1992 "Política social y racionalidad del mercado". En: *Marginación e inserción*.

CSORDAS T.

1990 *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*. Ethos.

CHRISMAN N. y MARETZKY T.

1982 *Clinically Applied Anthropolgy. Antropologist in Health Science Dettings*. D. Reidel Publishing Company. Dordretch, Netherlands.

DELVECCHIO GOOD M. J.

1985 "Discourses on Physician Competence". En: *Physicians of western medicine*, D. Reidel Company, Dordrecht, Holland.

DENMAN C. y HARO J. A.

2000 "Introducción: Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social". En: *Por Los Rincones. El Colegio de Sonora*, México.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ

2001 *Análisis de la situación de salud del Municipio de Potosí 1999-2000*. Cooperación Italiana. (Inédito)

DOZ J. F. y otros

1996 *Breve revisión del debate sobre las desigualdades sociales en salud*. Atención Primaria. Vol. 17. Núm. 9. Mayo.

EISENBERG L.

1980 "What Makes Persons 'Patients' and Patients "well"?". En: *American Journal Medical*.

FABREGA H.

1974 *Desease and social behavior*. MIT Press. Cambridge, Mass.

FASSIN D.

2001 *Culturalism as Ideology in Makhoulf-Obermeyer*. Cross-Cultural Perspectives on Reproductive Health. Oxford.

1996 *Exclusion, under class, marginalidad*. Revue Française de Sociologie, XXXVII.

1986 *Le migrant malade*. Cahiers de Laënnec, 2; París.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES MUNICIPALES DE BOLIVIA

2003 *Propuesta de Descentralización de Salud desde la Perspectiva Municipal*. Editor Jorge Jemio Ortuño, La Paz.

FERNÁNDEZ G.

2004 *Salud e interculturalidad en América Latina*. Ediciones Abya-Yala, Bolhispana y Universidad de Castilla- la Mancha. Ecuador.

1999 *Médicos y yatiris*. Ministerio de salud y previsión social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz.

2004 "Ajayu, Animu, kuraji. La enfermedad del susto en el Altiplano de Bolivia". En: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANIA, UCLM.

FRANCKE B.

2002 Ministerio de Salud y Previsión Social, Reforma de Salud. *El Financiamiento de la Salud en Bolivia*. Edit. E. Paz y F. Lavadenz M., La Paz.

FRISANCHO D.

1973 *Medicina indígena y popular*. Editorial Jurídica S.A.: Lima.

FRIGERIO A. (comp.)

1994 *El pentecostalismo en la Argentina*. Biblioteca Política Argentina, CEAL, Buenos Aires.

FUNDAMENTOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

1991 *Hacia un sistema nacional de salud, integrado y descentralizado*. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Edobol, La Paz.

GAINES A. D.

1985 "The Once and the Twice-Born: Self and Practice Among Psychiatrists and Christian Psychiatrists". En: *Physicians of Western Medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.

GOFFMAN E.

1970 *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

GOOD B. J.

1994 *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge University Press.

1977 "The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran". En: *Culture, Medicine and Psychiatry*.

GOOD B. J., HERRERA H. y SIMONS R. C.

1985 "Reflexivity, Countertransference and Clinical Ethnography: A Case From a Psychiatric Cultural Consultation Clinic". En: *Physicians of western medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.

GOODENOUGH W.

1965 *Rethinking status and role: toward a general model of the cultural organization of social relationships*. The relevance of models for social anthropology, Londres, Tavistock.

GRIMBERG M.

1997 *Demanda, negociación y salud. Antropología social de las repre-*

- sentaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990.* Facultad de Filosofía y Letras-CBC. UBA Ed. Buenos Aires.
- 1991 “La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica”. En: *Cuadernos de Antropología Social*, Núm. 5. Buenos Aires.
- HAHN R. y GAINES A.
- 1985 *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice.* D. Reidel Publishing Co. Dordrecht/ Boston, Lancaster. Netherlands.
- HELMAN C. G.
- 1985 “Disease and Pseudo-Disease: A Case History of Pseudo-Angina”. En: *Physicians of western medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)
- 2003a *Bolivia. Estadísticas del Censo de Población y Vivienda 2001.* Edit. INE, La Paz, junio.
- 2003b *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994-1998.* Edit. INE. La Paz.
- 2002 *Bolivia. Mapa de Pobreza 2001.* Edit. INE. La Paz.
- IRIARTE G.
- 2004 *Análisis crítico de la realidad.* Edit. Kipus. Cochabamba.
- JARVIS G.
- 1977 *Mormon Mortality Rates in Canada.* Societal Biology.
- JARVIS G. y H. NORTHCOTT
- 1987 “Religion and Differences in Morbidity and Mortality”. *Social Science and Medicine*.
- KLEINMAN A.
- 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture.* University of California Press. Berkeley.

KYMLICKA W.

1996 *Ciudadanía multicultural*. Paidós. Barcelona.

LESLIE C.

1985 "The Chinese Model in Health care Planning". En: *Social Science and Medicine*.

LOCK M.

1985 "Models and practice in Medicine: Menopause as Syndrome or Life Transition?". En: *Physicians of western medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland.

LOGROS

1992 *Gestión 1991. La salud, obra de todos*. Edit. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Programa Integrado de Servicios de Salud, Banco Mundial. La Paz. Manual de normas y procedimientos.

1990 *Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna*. EDOBOL. La Paz.

1989 *Resumen Ejecutivo*. EDOBOL. La Paz.

MASSÉ R.

1995 *Culture et santé publique. Les contributions de l'antropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin Editeur, Montreal.

MENÉNDEZ E. L.

2003 "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: *Ciencia y Saude Colectiva*, volumen 8, Núm 1. Rio de Janeiro.

2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

1998 *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*, Estudios Sociológicos, XVI, México.

1994 *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. Dimensión antropológica, año 2, Vol. 5.

1992a "Grupo doméstico y proceso salud-enfermedad-atención, del historicismo al movimiento continuo". *Cuadernos Médicos Sociales*, N. 59, CEES, Rosario.

- 1992b “Autoatención y automedicación. Un sistema de representaciones sociales permanentes”. En: Roberto Campos (Comp.), *La antropología médica en México*. Antologías Universitarias, tomo 1.
- 1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México.
- 1990 *Morir de alcohol*. Alianza Editorial, México.
- 1987 *Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo*. Ed. Casa Chata, México.
- 1985a “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. *Cuadernos Médicos Sociales*, N. 33, Rosario.
- 1985b “Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización”. *Estudios Sociológicos*, Vol. III, 8.
- 1981 *Poder, estatificación y salud*. Ediciones Casa Chata, México.

MESTRE C.

- 1982 *El sistema sanitario y la salud*. Aula Abierta Salvat. Barcelona.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN

- 2002 Viceministerio de Planificación Estratégica y Participación Popular, Usaid. *Población, Pobreza y Salud*. Edit. Lic. Marlene Valdivieso R. La Paz.

MINISTERIO DE PREVISIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

- 1993 *Política Nacional de Salud. Fundamentos y logros 1989-1993*. La Paz.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

- 2003 *Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI Y SNUS. Módulo de Inducción*. Creativa. La Paz.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

- 2003 *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002*. Edit. Cooperación Alemana al Desarrollo en Bolivia-GTZ. Proyecto Salud Reproductiva Nacional La Paz- Bolivia. (Inédito)
- 2003 *Taller Nacional de Planeamiento Estratégico*. La Paz. (Inédito)

MÓDENA M. E.

- 1990 *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones Casa Chata, México.

OSORIO R. M.

- 2001 *Entender y atender la enfermedad*. Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; Instituto Nacional Indigenista; Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL POTOSÍ-BOLIVIA 2000-2004.

- 2004 *Municipio de Potosí (Gestión H. Alcalde René Joaquina Cabrera)*. Centro Integral de Desarrollo e Investigación CIDI- SAYARINA, Potosí.

PLAN NACIONAL DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

- 2000 *Unidad Nacional de atención a las Personas*. Edit. Ministerio de Salud y Previsión Social-Reforma de Salud. El Gráfico Impresores. La Paz.

PLAN VIDA

- 1998 *Plan Nacional para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del niño*. Ministerio de Desarrollo Humano 1994-1997. Secretaría Nacional de Salud. Artes Gráficas Latina. La Paz.

PERÉZ Z.

- 2002 *Conocimientos y prácticas andinas en torno a las diarreas, el caso de Jura*. Postgrado en Salud Intercultural Willaquna. Potosí (Inédito).

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

- 2001 Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. *Informe sobre desarrollo Humano 2001 en Bolivia*. Washington.

PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ

- 1997 *Programas de Acciones Estratégicas del Departamento de Potosí 1997*. Edit. Secretaría Nacional de Participación Popular. La Paz.

RABELO M. C.

- 1993 *Religiao e cura: Algumas reflexoes sobre a experiencia religiosa das clases populares urbanas*. Cuadernos de Saúde Pública, 9.

RAMÍREZ HITTA, S.

- 2007 *Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos*. Ediciones Bellaterra. Barcelona.
- 2006a *La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud intercultural en Bolivia*. En: Fernández G. (comp) *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. Quito: ABYA YALA. UCLM, AECL.
- 2006b *Salud, etnicidad y religión. La salud en poblaciones excluidas*. En: Quaderns de L'Institut Català d'Antropologia. N° 22. Barcelona.
- 2002 "Gypsies: Pentecostalism and health". En: *Rivista Della Società Italiana di Antropologia Medica*. Fondazione Angelo Celli. ARGO. Itália, 13-14 octubre.

ROMANI, O.

- 1996 *Antropología de la marginación*. En: *Ensayos de Antropología cultural*. Ariel. Barcelona.

ROMANUCCI-ROSS L.

- 1991 *The Anthropologie of Medicine*. From Culture to Method. Bergin and Garvey. New York.

SCHEPER-HUGHES N.

- 1990 "Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology". En: *Socials Science and Medicine* 30.
- 1984 "Infant Mortality and Infant Care: Cultural and Economic Constraints on Nuturing in Northeast Brazil". En: *Socials Science and Medicine* 19.

SAN ROMÁN T.

- 1991 "La marginación como dominio conceptual. Comentarios sobre un proyecto en curso". En: Prat, J. *Et al.*, *Antropología de los pueblos de España*. Ed. Taurus, Madrid.

SECRETARIADO DE PASTORAL SOCIAL-SEPAS DEFENSORÍAS
MUNICIPALES DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

2000 *Diagnóstico de la Situación Socioeconómica y laboral de los Niños y Adolescentes Trabajadores (NATs) de la Ciudad de Potosí 1999.*
Edit. Secretariado de Pastoral Social. Potosí.

SERRANO T.

2001 Compilador de *Las leyes Bolivianas*. Serrano Ltda. Cochabamba, Bolivia.

SORIA S. y JITTON G.

2000 *La Situación de Adolescentes y Jóvenes en Bolivia*. Quality. La Paz.

TAMBLAH S.

1989 “Ethnic conflict in the world today”. En: *American Ethnologist*, vol. 16, Núm. 2.

TAPIA L.

2002 *Calidad de Vida en Potosí (Efectos ambientales en cuatro zonas del municipio)* Edit. Entrelíneas. La Paz.

TARDUCCI M.

1999 “‘Jesús bendice mi familia’: Mujeres pentecostales y relaciones de género”. En: *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y “sectas”*. Actas del VIII Congreso de Antropología, Santiago de Compostela.

1994 “¿Las mujeres en el movimiento Pentecostal: sumisión o liberación?” En: *El Pentecostalismo en la Argentina*. Centro editor de America Latina. Buenos Aires.

1993 “Pentecostalismo y relaciones de género: una revisión”. En: *Nuevos Movimientos religiosos y Ciencias Sociales*. Centro Editor de America Latina. Buenos Aires.

TAUSSIG M.

1995 *Gigante en convulsiones*. Ed. Gedisa. Barcelona.

TORRES J.

2002 *Políticas de salud en Bolivia*. La Paz. (Inédito)

VARELA C. y ALVAREZ-URÍA F.

1989 *Sujetos frágiles*. Fondo de Cultura Económica. Madrid.

VALENZUELA R.

2004 *Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Bolivia*. CEPAL, División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales N° 83, Santiago de Chile.

WAITZKIN H.

1991 *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University Press.

WILLIAMS R.

1977 *Marxism and literature*. Oxford University Press. Oxford.

WYNARCZYK H.

1994 "Campo evangélico y pentecostalismo en Argentina". En: *El pentecostalismo en la Argentina*, op.cit.

YOUNG J.

1981 *Medical choice in a Mexican Village*. NJ: Rutgers University Press. New Brunswick.

1982a *The Anthropology of Illness and Sickness*. Annual Review of Anthropology.

1982b *Rational Men and Explanatory Model Approach*. Culture, Medicine and Psychiatry.

YOUNG J. y GARRO L.

1982 "Variation in the Choice of treatment in Two Mexican Communities". En: *Socials Science and Medicine*, 16.

ZOLLA C.

1983 "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la Salud". En: *La medicina invisible*. Ed: Folios ediciones, México.

ZOLLA C. et al.

1992 "Medicina tradicional y enfermedad". En: *Antropología Médica en México*. UNAM. México.

Anexo

Propuestas de cursos de capacitación para los centros de atención primaria

Presentamos a continuación los cursos propuestos por los grupos focales de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, Responsables Populares de Salud, madres y terapeutas tradicionales, formulados según lo que cada grupo considera necesario para mejorar la atención.

Médicos

El grupo focal de médicos propuso:

- 1) Curso de formación de trabajo en equipo que incorpore cursos de:
 - Liderazgo
 - Autoestima
 - Gerencia administrativa
 - Calidad de atención
- 2) Curso de metodología que incorpore curso de:
 - Educación para la salud
- 3) Curso de reciclaje de programas de salud en atención primaria.
- 4) Curso de interculturalidad que incorpore cursos de:
 - Idioma quechua

- Medicina tradicional
 - Información, comunicación
 - Estilos de vida de la población
- 5) Curso de antropología médica

Enfermeras

El grupo focal de las enfermeras propuso:

- 1) Curso de interculturalidad con cursos de:
 - Idioma quechua
 - Cultura quechua: “*creencias y costumbres*”
 - Medicina tradicional
 - Epidemiología intercultural
- 2) Curso de calidad de atención con cursos de:
 - Relaciones humanas
 - Didáctica
 - Liderazgo
 - Autoestima
- 3) Curso de antropología médica
- 4) Curso de metodología en educación para la salud con cursos de:
 - Participación comunitaria
 - Semiología
- 5) Curso de educación para la salud
- 6) Curso de farmacología
- 7) Cursos de actualización, educación continua
- 8) Curso de informática

Auxiliares de enfermería

El grupo focal de los auxiliares de enfermería propuso:

- 1) Curso de interculturalidad con curso de:
 - Medicina tradicional
- 2) Curso de psicología

- 3) Curso de relaciones humanas (calidad de atención)
- 4) Curso de informática
- 5) Curso de metodología participativa con curso de:
 - Metodología de investigación (para realizar estudios en la comunidad)
- 6) Curso de programa de tuberculosis
- 7) Curso de farmacología

Trabajadoras sociales

El grupo focal de las trabajadoras sociales propuso:

- 1) Curso de metodología de investigación cualitativa, con curso de:
 - Elaboración de proyectos sociales
- 2) Curso de actualización en salud pública
- 3) Curso de interculturalidad, con cursos de:
 - Salud reproductiva
 - Idioma quechua
 - Medicina tradicional
 - Género
- 4) Curso de gestión social en salud
- 5) Curso de psicología social (comunitaria)
- 6) Curso de informática
- 7) Curso de inglés

Responsables Populares de Salud

Los Responsables Populares de Salud propusieron cursos para mejorar la formación del personal sanitario y también para ellos mismos.

a) Cursos para el personal sanitario:

- 1) Curso de relaciones humanas, con curso de:
 - Calidad de atención al paciente
- 2) Curso de psicología
- 3) Curso de interculturalidad, con cursos de:

- Medicina tradicional
- Idioma quechua
- 4) Curso de discapacidad

b) Cursos que propusieron para ellos mismos:

- 1) Curso de primeros auxilios
- 2) Curso de relaciones humanas
- 3) Curso de anatomía
- 4) Curso de medicina tradicional
- 5) Curso de discapacidad
- 6) Curso de antropología

Madres

Las madres, como las representantes del sistema de autoatención, propusieron los siguientes cursos de formación para el personal de salud de los centros de atención primaria:

- 1) Curso de relaciones humanas. Este fue el curso más demandado por la comunidad: *Lo que más quisieramos es que nos atiendan bien, que sean amables, eso es lo que más queremos.*
- 2) Curso de capacitación para enfermeras: *A las enfermeras les falta más conocimiento.*
- 3) Curso de farmacología: *Más conocimiento sobre los medicamentos.*
- 4) Curso de medicina tradicional: *Sería bueno que el médico supiera si el niño tiene el estómago vaciado y esas cosas.*

De todos estos cursos, el más demandado por las madres es el de relaciones humanas, que para ellas significa calidad de atención.

Terapeutas tradicionales

Los terapeutas tradicionales consideran que el personal sanitario de salud debería tener conocimientos de medicina tradicional, proponiéndose ellos mis-

mos para capacitar al personal de salud. La propuesta de los terapeutas tradicionales con los que trabajamos hace referencia a poder unir ambas medicinas, y proponen compartir el consultorio con el médico en el mismo centro de atención primaria. El terapeuta tradicional trataría las patologías populares, mientras que el médico trataría las enfermedades propias de la biomedicina.

A nosotros nos gustaría capacitar a los médicos y a las enfermeras, porque muchos no saben ni de cosmovisión andina, ni saben curar muchas de las enfermedades que tienen los enfermos de esta ciudad. La gloria, el susto, que tanto hay, la tierra y tantas enfermedades (Terapeuta tradicional).

Sería lindo si pudiéramos hacer algo conjuntamente con los médicos, o formar a las enfermeras sobre el parto, y tantas cosas que podríamos enseñar (Terapeuta tradicional).

Una vez capacitamos a las enfermeras, pero fue de teoría, no vieron la práctica, y para capacitar hay que capacitar también en la práctica (Terapeuta tradicional).

Otro de los pedidos de los terapeutas tradicionales es el intercambio de conocimientos con los médicos. Propusieron cursos de capacitación para los terapeutas tradicionales por parte de los médicos y cursos de capacitación entre “*médicos tradicionales*”, para tener intercambio de experiencias.